UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1940-1941. — N° 7

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

UTÉRUS DOUBLES

ET LEURS INDICATIONS OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 8 novembre 1940

PAR

Philippe-Marie-Jean LABORDE

Né à LAVARDAC (Lot-et-Garonne), le 11 août 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

JEANNENEY, professeur .....

DUFOUR, agrége ..... *Juges.*

POUYANNE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1940

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0089

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1940-1941. — N° 7

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

UTÉRUS DOUBLES

ET LEURS INDICATIONS OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 8 novembre 1940

PAR

Philippe-Marie-Jean LABORDE

Né à LAVARDAC (Lot-et-Garonne), le 11 août 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

JEANNENEY, professeur .....

DUFOUR, agrégé ..... *Juges.*

POUYANNE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	N.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	N.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY, CHARRIER (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	MAGENDIE.
Physiologie	FRANCK.	id.	POUYANNE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	AURIAC.
id.	SARIC.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Docteur en médecine et licencié en droit.

A MA MERE

Je suis heureux de pouvoir te faire l'hommage de ce modeste travail en témoignage de mon profond amour filial et de ma grande reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND-MERE

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour toutes ses bontés.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

En hommage à son dévouement, avec l'expression de ma plus vive affection.

AUX MIENS — A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MON JURY DE THESE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

UTÉRUS DOUBLES

ET LEURS INDICATIONS OPÉRATOIRES

INTRODUCTION

Après une année stupide et douloureuse d'interruption forcée, nous sommes revenu dans le service de M. le Professeur Guyot demander un sujet de thèse.

C'est à la suggestion du Docteur Goumain, chef de clinique, que nous avons eu l'occasion d'examiner une femme qui présentait un utérus double et dont l'histoire était assez rare. Hémihystérectomisée par le Docteur Goumain pour grossesse extra-utérine le 27 mai 1938, cette femme fit en 1939 un avortement, et, un an au plus tard, le 14 septembre 1940, le Professeur agrégé Mahon l'accouchait d'un enfant vivant et bien portant.

Ainsi, très amicalement dirigé par un chirurgien et par un accoucheur, il nous sembla possible d'entreprendre un travail sur les utérus doubles et leurs indications opératoires.

Sans prétendre faire un travail nouveau, nous avons repris

cette question en insistant sur quelques points particuliers, notamment sur la physiologie et les complications de ces malformations, en recherchant les observations semblables à celle qui fait l'objet de notre thèse, sur l'avenir obstétrical des femmes hémihystérectomisées, et en relevant les observations bordelaises d'utérus double depuis 1927, date de la thèse du Docteur Delas, qui en relatait 17 cas dans une période de vingt-huit ans. Nous avons pu en relever 8 dans une période s'étendant de 1927 à 1940.

Avant de raconter l'histoire de notre malade, nous avons à remplir le devoir bien agréable de remercier M. le Professeur Guyot du grand honneur qu'il nous a fait de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse. Toujours bien accueilli et gardant un excellent souvenir du temps passé dans son service, qu'il veuille bien ici agréer l'expression de notre respectueuse et bien vive reconnaissance.

Que le Docteur Goumain, qui a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a guidé, trouve ici l'expression de notre gratitude.

Nous adressons également nos bien sincères remerciements à M. le Professeur agrégé Mahon, qui nous a accueilli avec bienveillance et nous a apporté le secours de son expérience.

Observation I.

L... (Marie), passementière, âgée de 23 ans, entre à l'Hôpital Saint-André, salle 1 *bis*, le 20 mai 1938, pour appendicite chronique.

En réalité, cette personne, qui était habituellement bien réglée, a eu ses dernières règles au début d'avril, et n'a pas eu ses règles en mai. Depuis elle présente quelques troubles digestifs, nausées, dégoûts, constipation et surtout des douleurs à type de coliques qui siègent dans la région mésogastrique. Ce sont ces douleurs, qui, assez violentes pour l'obliger à s'aliter, l'ont amenée à consulter son médecin.

Cette malade a fait une rougeole, une bronchite, une congestion pulmonaire et plusieurs accidents de bacillose pulmonaire. Signalons, en outre, depuis un an, l'existence d'un petit syndrome douloureux épigastrique, postprandial, aux caractères mal définis, et qui avait été étiqueté appendicite chronique, d'où l'erreur de diagnostic de son médecin.

Au point de vue gynécologique, cette malade a été réglée à 13 ans, et, depuis, ses règles ont été absolument normales, tant pour leur date d'apparition que pour leur durée ou leur abondance.

Pas de fausse couche. Quelques pertes jaunâtres. Elle accuse de plus un certain degré de vaginisme lors des rapports conjugaux.

Sa mère est bien portante; son père est mort. Deux sœurs et quatre frères bien portants.

Examen. — Malade présentant un bon état général. Pouls, 76. Température, 36°6. L'examen de l'abdomen montre le ventre très légèrement ballonné. A la palpation, il est souple, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, qui est sensible et qui se défend bien à la palpation profonde.

Au toucher vaginal, vagin étroit, col ramolli, légèrement entrou-

vert. Le corps utérin paraît être en position normale, un peu déjeté à gauche cependant, et ne semble pas augmenté de volume. Rien dans les culs-de-sac gauche et postérieur, mais à droite on perçoit une masse arrondie, grosse comme une mandarine, régulière, douloureuse, et qui paraît être indépendante du corps de l'utérus.

L'examen somatique est par ailleurs négatif.

Le diagnostic probable paraît être celui de grossesse extra-utérine droite, et on vient de faire pratiquer une réaction de Brouha. En attendant le résultat, la malade est mise au repos au lit.

Le 27 mai 1938, le diagnostic de grossesse extra-utérine semble confirmé par la réponse du laboratoire (Dr Aubertin) : réaction de Brouha fortement positive.

Le même jour, à 17 heures, l'intervention est décidée par le Docteur Goumain. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Pfannestiel. A l'ouverture du péritoine, on constate qu'il s'agit non pas d'une grossesse extra-utérine, mais d'une grossesse dans un utérus double.

L'utérus gravide, le droit, est gros comme une mandarine, ses parois paraissent très amincies et il est rattaché à l'utérus gauche, au niveau de l'isthme, par un collet très étroit. Les annexes sont normales. La minceur des parois de cet utérus, l'étroitesse du collet d'insertion, font prévoir qu'avant peu l'évolution de cette grossesse sera interrompue par une rupture. On décide de faire l'ablation de cet utérus gravide. Section du collet d'insertion après ligature de l'artère utérine droite et section de la trompe au niveau de la corne utérine. Les annexes droites sont donc laissées en place. Suture de la plaie utérine au catgut n° 2. Péritonisation. Dans les suites, il faut signaler une phlébite gauche, qui retarde la guérison.

Examinée aux valves, on constate que le vagin est étroit mais unique et qu'il existe deux cols. Un lipiodol pratiqué permet d'injecter l'hémi-utérus laissé en place. Exéat le 17 juillet.

La malade est revue en 1939, où elle fait un avortement à 4 mois 1/2, le 7 juin.

En 1940, elle entre au Sanatorium Xavier-Arnozan pour bacillose pulmonaire.

Enfin, en septembre 1940, enceinte de 7 mois 1/2, elle entre dans le service de M. le Docteur Balard, suppléé par le Docteur Mahon, pour pyélonéphrite à colibacille.

Le 14 septembre, elle fait un accouchement prématuré à 8 mois 1/2. L'utérus semble développé à gauche, la hauteur utérine est de 30 centimètres sur la ligne médiane. La durée de la période d'effacement et de dilatation est de 1 h. 15. On fait une application de forceps en G. A. pour éviter les efforts expulsifs à la malade. La durée totale de l'accouchement est de 1 h. 20.

Les suites de couches ont été marquées par une poussée bacillaire évolutive, surtout marquée du côté gauche, avec cyanose, dyspnée, tachycardie.

Au moment de son départ pour le sanatorium, les signes acoustiques ont en partie régressé; le côté droit semble beaucoup moins atteint que le côté gauche.

L'enfant, quoique petit, s'élève bien à l'allaitement artificiel.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Etude embryologique de l'appareil génital : stade primitif, organogénèse, explications des malformations utérines. — Certains auteurs (Kovoès et Szendi) prétendent que la malformation serait conditionnée par un arrêt de développement, dû à une influence hormonale de la mère. — Différents degrés d'utérus double. — Petit rappel d'anatomie comparée.

Testut définit ainsi l'utérus dans l'espèce humaine : un organe unique, médian, symétrique; « c'est par un arrêt, et non par un excès de développement, qu'il faut expliquer la duplicité des organes uniques et médians », écrit Geoffroy Saint-Hilaire. Nous allons rappeler les explications que nous fournit l'embryologie sur cette malformation avant de donner une définition et une classification des utérus doubles. Nous ferons de larges emprunts à la thèse documentée de Magnan.

Stade primitif. — Vers la 4e semaine de la vie embryonnaire apparaît la première ébauche de ce que sera le système uro-génital. De chaque côté de l'épine dorsale, trois organes se différencient. Ce sont : le pronéphros, le mésonéphros et le métanéphros d'origine mésodermique. Le pronéphros est un organe rudimentaire formé d'un bourgeon et d'un conduit qui vont s'atrophier et disparaître. Le mésonéphros et le métanéphros forment le corps de Wolff et son canal, qui sont à l'origine des conduits urinaires. Le métanéphros entre dans la formation du rein. A la partie céphalique, le mésonéphros subit des transformations qui intéressent l'étude du système génital.

L'épithélium qui tapisse la face interne du mésonéphros

va s'épaissir et proliférer pour former l'épithélium germinatif, d'où naîtront des bourgeons et des stries transversales, précurseurs de la glande génitale. L'épithélium de la face externe du mésonéphros, par un même processus que sur la face interne, s'épaissit et se déprime de manière à former une gouttière dont le bord est libre. Ce bord libre forme un cordon plein qui se creuse et constitue un canal. C'est le canal de Muller.

Le canal de Muller, situé en avant et un peu en dehors du canal de Wolff, va s'unir avec lui et donner le cordon uro-génital.

L'extrémité supérieure du canal de Muller s'ouvre en forme d'entonnoir sur le côté externe du mésonéphros, tandis que son extrémité inférieure vient, avec le canal de Wolff, déboucher dans un espace compris entre l'ouverture de la vésicule allantoïde en haut, l'arrivée du canal intestinal en bas, et une membrane en avant : c'est le cloaque.

Vers le 26e jour, entre les canaux de Muller et de Wolff et l'intestin en arrière, une cloison s'avance et vient rejoindre la membrane cloquable en avant. Le cloaque se trouve ainsi divisé en deux : la partie ventrale sera le sinus uro-génital et l'autre l'anus.

Organogenèse. — Les organes génitaux commencent à se dessiner vers le 4e mois. Le canal de Muller descendant verticalement de chaque côté du canal de Wolff, prend une direction oblique en dedans et en avant lorsqu'il arrive à la partie inférieure, il croise le canal de Muller et vient s'unir à celui du côté opposé avant d'entrer dans le sinus uro-génital. Cette union, qui au début est limitée à la jonction des canaux de Muller et de la gouttière uro-génitale, augmente progressivement de bas en haut, pour ne former qu'un. Lorsque l'adossement est complet, la cloison qui sépare les deux canaux de Muller disparaît, il n'y a alors qu'un seul canal. Ce canal utéro-vaginal est l'origine de l'utérus et le vagin. La première différenciation entre le

vagin et l'utérus réside dans le revêtement épithélial : celui de l'utérus étant cylindrique, et celui du vagin à plusieurs couches.

Vers le 5e mois, le col apparaît, ainsi que les colonnes du vagin : alors les deux organes sont nettement séparés.

La partie inférieure du canal de Muller forme donc le vagin.

La partie moyenne, l'utérus, et la partie supérieure, les trompes.

La partie inférieure de ces canaux s'accole pour donner un conduit unique, le vagin en bas et l'utérus en haut.

La partie supérieure des canaux de Muller donne deux conduits séparés : les deux trompes.

Suivant le développement intégral ou non des canaux de Muller, nous aurons des organes normaux ou malformés. Ainsi, lorsque l'accolement inférieur reste incomplet, nous comprenons qu'il peut en résulter des vagins et des utérus doubles.

Donc, les malformations utérines se produisent, dans les premiers stades embryonnaires, par un arrêt du processus normal de fusion de la partie moyenne des canaux de Muller. Si, à un stade quelconque de leur union, ces canaux ne se développent plus ou si un canal seul progresse tandis que l'autre reste stationnaire, ou, enfin, si cette fusion, qui se fait progressivement, s'arrête à un moment plus ou moins avancé, il est facile de concevoir que l'utérus présentera diverses malformations plus ou moins marquées suivant l'âge de leur apparition.

Il est possible, comme le prétendent Kovoès et Szendi, que ces malformations soient conditionnées par un arrêt de développement dû à une influence glandulaire de la mère, et non pas à une anomalie primitive ou à une prédisposition héréditaire. Pour ces auteurs, cet arrêt de développement de l'utérus ne serait pas seulement un arrêt morphologique, mais souvent aussi une insuffisance fonctionnelle endocrinienne. Les examens histologiques publiés par Szendi

montrent les ovaires macroscopiquement normaux mais hypoplasiques à l'examen microscopique.

Cette insuffisance endocrinienne peut expliquer la malformation utérine dystrophique à type cylindrique, qui s'accompagne le plus habituellement, en effet, de troubles ovariens et de stérilité. Mais, pour les utérus doubles, nous verrons qu'ils ne s'accompagnent pas particulièrement d'insuffisance glandulaire, qu'ils sont compatibles avec un fonctionnement ovarien normal, et que la marche de la gestation et de l'accouchement est bien différente de ce qui se passe dans les utérus dystrophiques.

En conclusion, nous pensons que les utérus doubles sont des anomalies purement morphologiques, sans insuffisance de qualité dans le fonctionnement des glandes sexuelles et dans la qualité du muscle utérin.

Ajoutons que chacune de ces formes embryonnaires, dont nous parlerons dans la classification, est la reproduction d'un type qui est constant dans la série des mammifères. C'est ainsi que nous rencontrons : un double vagin et un utérus également double chez les marsupiaux et les monotrèmes; un seul vagin et un utérus double chez les rongeurs; un seul vagin et un utérus bicorne chez les carnassiers et les ruminants, etc. Chez les singes, l'utérus est simple, comme le vagin, et présente à peu de chose près la même configuration générale que chez la femme.

DEFINITION — CLASSIFICATION — STATISTIQUES

Définition au point de vue chirurgical. — Classification de Lejeune; rappel des autres classifications. — Statistiques des variétés d'utérus doubles et des utérus doubles dûment constatés.

Au point de vue chirurgical, on ne peut considérer comme doubles que les utérus qui possèdent deux corps entièrement indépendants; c'est la duplicité extérieure seule des corps qui importe pour le chirurgien, en modifiant la topographie du petit bassin, en augmentant les difficultés de diagnostic des tumeurs plaviennes, en compliquant la technique des interventions gynécologiques.

Rappelons qu'il existe de nombreuses classifications des malformations utérines : celles de Lefort, d'Ombrédanne et Martin, de Piquand, sont les plus connues. Nous donnerons ici la classification de Lejeune, qui nous paraît la plus simple et la plus claire.

Nous distinguerons trois types d'utérus doubles :

I. *Utérus didelphe.* — Il y a arrêt précoce de développement; le défaut d'accolement existe sur toute la hauteur.

Il y a :

2 corps distincts;
2 cols distincts;
1 vagin cloisonné sur toute la hauteur.

II. *Utérus pseudo-didelphe.* — L'union des canaux de Muller a eu lieu, mais la fusion ne s'est pas produite; c'est-à-dire que la cloison qui les sépare a persisté. La coales-

cence est incomplète et n'intéresse que la partie inférieure. C'est le type que présentait la malade de notre observation.

Il y a :

2 corps distincts;
2 cols accolés;
1 vagin cloisonné ou unique.

III. *Utérus bicorne unicervical.* — Cette forme représente un degré plus avancé dans le développement embryologique.

L'accolement s'est effectué sur la plus grande partie du trajet des deux canaux de Muller. Il y a même fusion intime des deux canaux au niveau de la partie inférieure, et c'est seulement dans la partie supérieure que la bifidité se manifeste.

Il y a :

1 seul col;
1 seule cavité utérine dans la partie inférieure du corps;
2 cornes bien distinctes, égales ou inégales;
1 vagin cloisonné ou unique.

L'utérus didelphe représente le type I dans la classification d'Ombrédanne et Martin, l'utérus bipartitus diductus de Lefort et le didelphe vrai de Piquand.

L'utérus pseudo-didelphe = type II, bipartitus bicornis et pseudo-didelphe.

L'utérus bicorne unicervical = type III.

Ces variétés s'observent avec un degré de fréquence extrêmement variable, puisque, dans une statistique de Guillemet et Michou, rapportée par Péry, portant sur 54 cas où la variété anormale est nettement indiquée, on trouve :

utérus didelphe, 7 cas;
utérus pseudo-didelphe, 18 cas;
utérus bicorne unicervical, 22 cas.

Les autres malformations rentrent dans les formes biloculaires, qui ne nous intéressent pas ici.

Nous avons limité cette étude à celle des utérus véritablement doubles pour lesquels la preuve anatomique de la dualité a été réellement apportée, soit par les constatations opératoires, soit par l'exploration intra-utérine faite ou bien manuellement, au cours de la délivrance, ou bien, dans les suites de couches, par procédé instrumental ou radiologique (lipiodol intra-utérin).

D'après R. Keller et L. Schmitt, il y aurait eu à la Maternité de Strasbourg, sur 30.000 accouchements dans quinze ans, 15 cas, soit 1 utérus double sur 2.000 accouchements.

Zanella cite 4 malformations sur 1.400 accouchements.

Schultze trouve un pourcentage de 2,5 p. 100.

M. Mayer cite 9 cas d'utérus doubles observés à la Maternité de Port-Royal de 1931 à 1937, soit 9 utérus doubles sur 20.000 accouchements.

Nous n'avons pu relever dans les maternités de Bordeaux, de 1927 à 1940, que 8 cas certains d'utérus doubles.

La différence entre les chiffres de fréquence dans les différentes statistiques s'explique par le fait qu'un certain nombre de cas passent inaperçus et que, plus l'observateur s'intéresse à cette question, plus souvent il trouve des malformations.

RAPPEL ANATOMIQUE

Quelques considérations sur le septum vésico-rectal.

Les deux corps utérins ont, en général, un volume inégal et divergent en haut et en dehors; ils sont rarement symétriques par rapport à la ligne médiane. On peut trouver un utérus vertical et l'autre horizontal ou un en antéversion et l'autre en rétroversion, ou encore ils peuvent se trouver disposés l'un devant l'autre dans le même plan sagittal.

Le plus souvent, ces utérus sont cylindriques et amincis vers le col, arrondis vers le sommet, et se continuent par une trompe et un ovaire. C'est très rarement qu'il y a un système annexiel complet pour chaque corps. On cite le cas de Gauthier, où il y avait deux paires d'annexes, une paire par hémi-utérus.

Les artères utérines sont normales en nombre et en trajet. D'où le bord interne des hémi-utérus est toujours avasculaire.

Le péritoine est intéressant à étudier dans ces malformations. Lorsque les deux utérus divergent fortement, les ligaments larges ne sont qu'exceptionnellement bien constitués. En effet, la face externe des corps utérins est accolée à la paroi pelvienne, au contact de l'uretère, perdue dans le tissu cellulaire de l'excavation. Il n'en est pas toujours ainsi et on peut trouver de véritables ligaments larges si les deux utérus ne divergent pas trop.

Il existe deux culs-de-sac vésico-utérins, deux recto-utérins, un inter-utérin; dans les cas d'utérus doubles à cols indépendants, ce dernier cul-de-sac peut descendre très bas entre les deux cols jusque sur le dôme vaginal. Si les deux

corps utérins sont très divergents, la vessie et le rectum se trouvent en présence, et l'on a un cul-de-sac vésico-rectal dans lequel s'engagent les anses intestinales.

En plus de ces dispositions, le péritoine pelvien peut former des ligaments nouveaux :

— un ligament inter-utérin, qui relie les bords internes des deux utérus; s'il existe, il n'y a pas de cul-de-sac inter-utérin;

— un ligament vésico-rectal, qui relie la vessie au rectum. Il a la forme d'un croissant antéro-postérieur, à concavité dirigée en avant. Le sommet inférieur se fixe sur le point de réunion des deux utérus. Le sommet supérieur se perd sur la face antérieure du rectum; la face postérieure s'attache sur le rectum; le bord libre regarde en avant et en haut. La structure de la bride est simple; elle est formée de deux replis péritonéaux contenant entre eux du tissu cellulo-graisseux, quelques fibres musculaires lisses et peu de vaisseaux. Dans quelques cas, pourtant, on y trouve des artères plus ou moins importantes.

Si nous avons donné une certaine importance à cette bride vésico-rectale, c'est que les auteurs ne sont pas d'accord à son sujet, ni au point de vue embryologique, ni même sur son existence. Elle serait, pour certains, un vestige du canal allantoïdien dont l'interposition sur la ligne médiane rendrait la fusion des canaux de Muller impossible. Or, ce tractus est loin d'être constant, il est plus rare dans les cols fusionnés que dans les utérus à deux cols. M. Chureau écrit dans le *Bulletin de la Société nationale de chirurgie*, à l'occasion de la présentation d'un cas d'utérus didelphe avec hématocolpos unilatéral, le passage suivant : « Il n'y avait absolument rien entre les deux corps utérins, rien entre la vessie et le rectum, il n'y avait donc pas trace de septum sagittal vésico-rectal. » Dans plusieurs observations, nous avons lu que ce septum n'existait pas, notamment dans une observation de Madon et Battle.

Pourtant Okinczye et Huet, Potocki, le considèrent comme très fréquent, presque constant. D'autre part, Dubreuil-Chambardel ne l'a vu signalé que 52 fois sur 600 cas d'utérus double (soit moins de 10 p. 100), mais ces 600 cas ne concernent pas que des utérus didelphes.

MM. Morel et Barbier (de Dijon) ont trouvé 5 cas d'utérus didelphe dans lesquels il est certain qu'il n'y avait pas de septum vésico-rectal (3 cas de Mihailesco, 1 de Dambrin et Bernardbeig, 1 de Trillat-Michon et Ollagnier), et, comme ces auteurs l'écrivent, il faudrait faire de nombreuses recherches — et, de plus, de nombreuses observations n'en disent mot — pour en parler avec quelque autorité.

Parfois complètement indépendants, les cols utérins peuvent être reliés à leur partie inférieure par une bride transversale, décrite par Pfannenstiel comme un ligament intercervical. Souvent ces deux cols sont juxtaposés en « canons de fusil ». Les cols sont rarement égaux, ordinairement le col le plus volumineux correspond au vagin le plus spacieux.

Les deux cavités utérines divergentes affectent la forme de la lettre γ avec la branche verticale double, lorsque les cols sont seulement accolés, ou simple, lorsqu'il y a fusion complète entre les deux cols. La muqueuse est comme celle d'un utérus normal.

Le vagin peut être normal ou divisé par une cloison en deux canaux accolés s'étendant sur toute la hauteur du vagin, s'insérant entre les deux cols et se prolongeant jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal. Ou bien on a une ébauche de cloisonnement. Quelquefois la cloison peut être placée juste au milieu, plus souvent elle est déviée d'un côté du vagin. Cette malformation peut être reconnue par la femme qui en est atteinte, et on cite toujours cette malade de Richet qui « savait être fidèle à son amant préféré en lui réservant exclusivement un de ses vagins, l'autre servant aux rencontres d'un soir ». Cette dame devait avoir le vagin en « canons de fusil » également ! Mais souvent aussi cette malformation passe inaperçue, car la cloison s'arrête un peu au-dessus de

la vulve, de sorte que celle-ci paraît normale à première vue.

Il existe quelquefois des malformations concomitantes, notamment des anomalies des reins et des uretères, et c'est souvent le rein droit qui manque. Cette conformation vicieuse du système réno-urétéral accompagnant les malformations utérines ne surprendra pas si l'on songe que le développement de l'appareil urinaire primitif et celui de l'appareil génital sont très intimiment liés.

PHYSIOLOGIE

Menstruation : dysménorrhée spéciale; exceptions. — Fécondation : statistiques : appréciée par l'étude des fonctions génitales et endocriniennes; possibilité de fécondation d'un utérus par l'ovaire du côté opposé, par migration extérieure. — Superfœtation : clinique et biologique. — Stérilité. — Réactions gravidiques de l'utérus non gravide : caduque, ampliation, contractilité, involution.

La question a été posée : « L'absence d'utérus a-t-elle quelque influence sur l'existence des appétits sexuels? » Il s'est trouvé un certain Realdus Columbus, au XVI^e^ siècle, qui a répondu en latin en citant un cas d'absence de matrice : « Et quoties cum viro coïbat (coïbat autem saepe) mirandum in modum coquerebatur. » Nous poserons cette question pour les femmes en possession d'utérus doubles, n'ayant pas trouvé de Realdus dans la littérature.

Si, au point de vue anatomique, l'indépendance des deux hémi-utérus est parfaite, par contre, au point de vue physiologique, il n'en est pas de même, il y a synergie fonctionnelle pour la menstruation et la gravidité.

Menstruation. — Le plus souvent, d'après les observations que nous avons lues, les règles sont normales. Toutefois la puberté paraît retardée. A côté de ces époques régulières, on a pu observer des règles survenant deux fois dans le même mois : il existait une indépendance physiologique totale où la femme perdait tous les quatorze jours par menstruation alternante. MM. Guyot et Jeanneney ont relaté le cas d'une malade « qui souffrait d'une dysménorrhée spéciale » : pendant un mois, les règles étaient normales, indolores. Le mois suivant, le flux menstruel était diminué et

le malade ressentait des douleurs violentes « en coup de couteau », s'irradiant vers les régions fessière, inguino-crurale, hypogastrique. Ces crises se répétaient avec une alternance constante. L'écoulement simultané du sang par chacun des orifices a été constaté : écoulement par un des deux cols utérins, avec des règles normales alternées avec des règles moins copieuses et différentes d'aspect.

Pendant la grossesse, l'utérus, vide, est le plus souvent aménorrhéique, mais il peut, rarement il est vrai, conserver sa menstruation comme précédemment (cas de Sprigg et de von Engel). De même, Souligoux rapporte une observation typique à cet égard. Amené à examiner la femme d'un médecin, il conclut à l'existence d'une grossesse. Le mari rejette le diagnostic en arguant de la persistance des règles et aussi de plusieurs examens à l'hystéromètre. L'expectative étant décidée, la grossesse évolue jusqu'au terme et l'accouchement eut lieu sans incidents. Il semble bien, dans ce cas, qu'il se soit agi d'un utérus double, l'un d'eux étant gravide, l'autre ayant permis la persistance des règles et l'examen à l'hystéromètre sans accidents.

Fécondation. — La malformation double n'a en rien diminué la fécondité des femmes qui en étaient porteurs. Ce point est objectivé par les faits suivants. D'après Pfannenstiel, il y aurait possibilité de fécondation dans les deux tiers des cas environ. La fécondité peut même arriver jusqu'à permettre de 6 à 10 grossesses sans accidents (Treub-Hertzch). Pour Keller et Schmitt, 41 grossesses sur 15 femmes, dont 4 primipares. Pour M. Mayer, sur 9 femmes, la plupart ont été fécondées : 4 n'ont eu qu'une seule gestation et 5 ont fait des gestations itératives (deux II-pares et trois III-pares).

Nous-même avons trouvé 6 primipares, une II-pare, une IV-pare, sur 8 femmes porteuses d'utérus doubles (Maternités de Bordeaux).

La fécondation se fait surtout d'un côté par rapport à

l'autre, surtout dans l'utérus gauche. Sur 103 cas, d'après Dubreuil-Chambardel, il y eut 63 grossesses dans l'utérus gauche, 40 dans le droit. La grossesse gémellaire est aussi possible, nous en avons relevé 8 cas, dont 1 publié par Marc Rivière et Mahon (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1933). Le plus souvent, les deux utérus ont été fécondés à la même époque. On a toujours affaire à une grossesse biutérine, ce qui s'explique facilement par la quasi-impossibilité de conduire à terme deux fœtus dans un hémi-utérus à paroi trop mince et cavité trop petite sans qu'il s'ensuive des incidents de gravité variable : avortement ou rupture.

La possibilité de fécondation de ces femmes peut aussi être appréciée par l'étude de leurs fonctions génitales et endocriniennes en dehors de la gestation. On ne constate que dans de rares observations (obs. du Professeur Guyot, obs. de M. Mayer) l'existence réelle d'une dysménorrhée et de troubles endocriniens importants. Dans l'observation de Mayer, il s'agissait d'une femme qui se présentait cliniquement comme porteuse d'un utérus dystrophique du type cylindrique et chez laquelle la dualité du corps ne fut reconnue que tardivement au cours de l'intervention. Elle avait présenté une stérilité relative caractérisée, puisqu'elle devint enceinte pour la première fois au bout de douze ans de mariage, alors qu'elle avait toujours désiré devenir mère. Or, la malformation utérine dystrophique à type cylindrique est précisément celle qui s'accompagne le plus habituellement de troubles endocriniens et de stérilité, à l'opposé des malformations doubles, qui ne se compliquent pas particulièrement d'une insuffisance glandulaire et ovarienne.

D'après Joseph Selleng (*Bratislavské le Karske Listy*, août 1932), il semble qu'il y ait possibilité de fécondation d'un utérus par l'ovaire du côté opposé, par migration extérieure de l'œuf : « ... Après suppression opératoire de l'hématocolpos et de l'hématométrie et après plastique de la moitié correspondante du vagin, la laparotomie a été faite afin d'extirper l'ovaire gauche atteint de dégénérescence kystique.

La duplicité de l'utérus n'a pas été modifiée. Au bout d'une année, la malade accouche d'un enfant porté dans la moitié gauche de l'utérus sans complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité. Le cas témoigne de la migration extérieure de l'œuf, puisque la moitié gravide de l'utérus fut précisément celle où l'ovaire avait été enlevé. »

Superfœtation. — On a pu voir survenir une grossesse dans un utérus et, quelques mois après, une nouvelle grossesse dans l'autre, la fécondation ayant eu lieu soit dans les deux vagins successivement, soit par le même vagin à travers une communication de la cloison vaginale. Novicov signale 3 cas de grossesse double dans un utérus double où il semble bien y avoir eu superfœtation. M. Mayer rapporte dans la *Revue française de gynécologie*, 1937, le cas d'une grossesse gémellaire constituée par deux œufs d'âge franchement différent : expulsion avant terme d'un enfant de 1.750 grammes, vivant, suivie, au bout de onze jours, de l'expulsion d'un œuf frais d'environ 3 mois. Cette observation (obs. 3) établit la réalité des grossesses gémellaires dans les utérus doubles et pose le problème biologique de la superfœtation, c'est-à-dire des possibilités d'ovulation dans un organisme gravide et de la fécondation de ces ovules émis au cours de la grossesse. D'après les faits cliniques, ce phénomène est considéré comme possible, les biologistes paraissent avoir établi la réalité de ces faits. C'est ainsi que Ravani a constaté dans 5 p. 100 des cas que l'évolution folliculaire se continue pendant la gestation. Ascheim a montré expérimentalement que la greffe d'hypophyse antérieure à des lapines gestantes entraîne le développement et la maturation de follicules nouveaux.

Ce problème biologique est le même, qu'il s'agisse d'un utérus simple ou d'un utérus double. Toutefois on conçoit que ces derniers peuvent permettre plus facilement la fécondation de tels ovules : la cavité non gravide restée libre

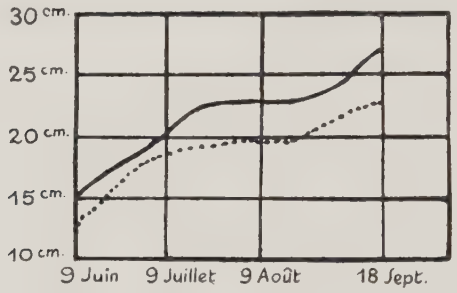
malgré la présence de la caduque permet en effet plus facilement l'ascension de spermatozoïdes qu'un utérus gravide. Cependant de tels faits sont très rares, si l'on songe aux difficultés de la greffe ovulaire dans cette muqueuse modifiée et altérée comme l'est celle de l'utérus vide au cours de la gestation voisine.

Stérilité. — Est rare dans ces malformations; elle peut être due aux malformations vaginales coexistantes, qui s'opposent à la conception; à l'atrésie des cols ou au développement incomplet des deux utérus restés au stade infantile.

Réactions gravidiques de l'utérus non gravide. — Nous trouvons ici de nouvelles preuves de la synergie fonctionnelle des deux utérus. En général, s'il y a grossesse dans l'un, les règles cessent dans l'autre; l'utérus vide augmente de volume, avec hypertrophie des fibres musculaires, la muqueuse subit des modifications histologiques qui vont faire d'elle une caduque; le col se ramollit de même, ce qui donne une plus grande mobilité et une cause de dystocie. Ces phénomènes sont analogues à ce qui se passe dans l'utérus vide en cas de grossesse extra-utérine. De nombreux auteurs sont d'accord sur l'existence de cette caduque venue de l'utérus vide, et Budin en donne une description : « L'utérus vide était presque rempli de masses lobulées d'un gris rosé formant en certains points de véritables polypes, et dues à l'hypertrophie de la muqueuse. Celle-ci était surtout épaisse au niveau de l'orifice cervical interne. Elle était facile à détacher avec le dos d'un scalpel. » Cette caduque est rarement expulsée en même temps que la masse placentaire de l'utérus gravide, son expulsion survient un ou deux jours après. Cette expulsion peut avoir lieu pendant la grossesse ou précéder l'accouchement, comme dans le cas de M. Péry, et certains auteurs ont considéré comme signes pathognomoniques de la gestation dans l'utérus double des émissions de sang et de caduque. En général, la caduque de l'hémi-utérus vide reste en place sans donner lieu à aucune hémor-

ragie, l'inhibition menstruelle est totale, et, lorsqu'elle est expulsée au cours des suites de couches, c'est le plus souvent à l'état de débris difficilement reconnaissables au milieu des lochies (Mayer).

Ampliation. Contractilité. Involution de l'utérus non gravide. — Nous avons vu que pendant la gestation la portion non fécondée subit des modifications nombreuses et aug-



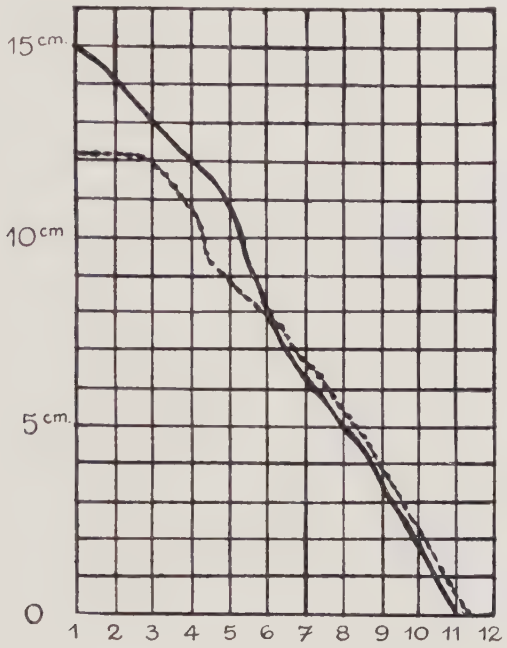
Ampliation de l'utérus gravide : trait noir, et de l'utérus non gravide : trait pointillé.

mente de volume; de plus, il existe des contractions au niveau des deux utérus. A ce sujet, nous rapportons l'observation publiée par H. Vignes et Jean Lerougé dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* de 1934.

Il s'agit d'une femme qui présente un éperon sagittal dans le fond du vagin et deux cols. L'hystérosalpingographie confirme le diagnostic d'utérus didelphe. Après une stérilité de six ans, elle est actuellement enceinte de 4 mois 1/2; l'utérus droit gravide est à 15 centimètres au-dessus du pubis, le gauche atteint 13 centimètres. Le graphique ci-joint montre l'accroissement respectif des deux utérus. Le 18 septembre, se produit un accouchement prématuré.

On voit, d'après le graphique ci-après, que l'utérus droit a rattrapé rapidement l'utérus gauche. Le jour du dernier examen, soit onze jours après l'accouchement prématuré, les

deux utérus avaient la même dimension depuis trois jours; le droit avait une consistance moins ferme que le gauche.



Involution des deux utérus.

Contractions des deux utérus avec l'appareil de Vignes, Landrieu, Lerouge, au cours de l'accouchement :

Utérus droit gravide :

Maxima, 45;
Minima, 23.

Utérus gauche vide :

Maxima, 37;
Minima, 18.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif : rapports difficiles; toucher avec deux doigts; palpation; hystérométrie, hystéro-salpingographie. — Diagnostic différentiel : fibrome, kyste, grossesse extra-utérine (signes de Pfannenstiel, d'Halban, contractions utérines).

Les utérus doubles sains et non gravides n'ont pas d'histoire clinique, seules les complications surajoutées en révèlent l'existence ainsi que la grossesse, les brides vaginales ou les doubles orifices cervicaux qui y font penser.

L'utérus bicorne unicervical est de beaucoup le plus difficile à diagnostiquer; toutefois, par un palper attentif, on peut arriver à distinguer les deux cornes, mais le plus souvent la malformation passe inaperçue ou n'est découverte qu'au cours d'une césarienne ou d'un examen radiologique.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien de particulier; cependant Le Lorier signale le cas de deux jumelles, vraisemblablement univitellines car elles se ressemblent beaucoup, qui sont toutes les deux en possession d'un utérus double. La constatation sur le même sujet d'autres malformations congénitales, comme des glandes mammaires axillaires supplémentaires, dans une observation de la Maternité de Pellegrin, peut inviter le médecin à mieux rechercher une cloison vaginale, notamment, et à penser à la possibilité d'utérus didelphe.

La femme vient parfois consulter parce que les rapports sont difficiles et douloureux, et on trouve une cloison longitudinale divisant l'orifice vulvaire en deux orifices sensiblement égaux et trop étroits pour permettre le coït. D'autres fois, les rapports s'établissent par les deux orifices vulvaires,

« le mari s'aperçoit seulement qu'il est certaines fois plus gêné que d'autres, sans en démêler exactement la raison ». La femme elle-même ignore le changement de cavité, et le médecin lui aussi ignore l'existence de cette malformation, même après avoir assisté à un accouchement, si rien n'est venu attirer son attention. Aussi nous rappelons le précepte du Docteur Balard, qu'il faut faire le toucher avec deux doigts : ainsi, cette cloison sera prise entre les deux doigts explorateurs et chacun d'eux pourra arriver sur un col distinct. En outre, l'exploration successive par la main droite et la main gauche est souvent nécessaire. Cette reconnaissance, s'il y a grossesse, doit être faite dès le début, car, à mesure que la gestation avance, l'irrégularité du contour utérin peut s'effacer et la perception du demi-utérus non gravide devenir impossible. La malformation cervicale n'a pas toujours une disposition évidente : à côté des cas où on trouve deux cols de volume inégal mais nettement séparés, il y a un seul museau de tanche, mais avec deux orifices, dont l'un se trouve latéralisé et dissimulé dans un cul de sac; il peut se trouver également qu'un col soit masqué par une imperforation, par une bride vaginale, ou qu'il soit atrésié.

S'il y a grossesse, et c'est le cas le plus habituel, l'inspection et la palpation montrent le développement latéral du ventre et la déviation de la corne utérine gravide, qui a une forme tubaire, cylindrique, et non piriforme, comme d'habitude. Par le palper combiné au toucher, on pourra sentir la corne utérine non gravide, constituant une tumeur accolée à l'utérus gravide : l'ascension de cette corne est en faveur du diagnostic de grossesse. Il sera utile de la mobiliser et de se rendre compte de la transmission de ses mouvements au col. Le plus souvent, cette seconde tumeur semble complètement indépendante de l'utérus gravide. La fréquence des présentations du siège et l'obliquité de l'hémi-utérus, facteur souvent d'une mauvaise accommodation de la présentation au détroit, peuvent confirmer le diagnostic.

S'il n'y a pas de grossesse, l'examen peut être complété

avec l'hystérométrie. On se servira de deux hystéromètres : l'absence de contact entre les deux tiges permet d'affirmer la bifidité, et les directions, divergente, convergente, ou parallèle des deux instruments donnent la possibilité de classer anatomiquement la malformation. Si les hystéromètres divergent et ne se rencontrent pas, l'utérus est bicorne; si les hystéromètres convergent et se heurtent, la matrice est à un seul corps avec deux cols; si les hystéromètres restent indépendants et parallèles, l'utérus est biloculaire.

Mais tout ceci semble assez théorique, et aujourd'hui, grâce à l'exploration radiologique, l'examen de la cavité utérine et des trompes est simplifié, et ce nouveau procédé facilite le diagnostic précis des malformations génitales et permet de préciser certains diagnostics importants et difficiles. Nous citerons dans la bibliographie les travaux faits sur cette question, mais nous ne pouvons nous y étendre ici. Rappelons toutefois que l'utérus double passe souvent inaperçu... ou n'est qu'une découverte au moment de la grossesse. A ce moment, l'hystérographie n'est pas à conseiller, et après l'accouchement, acte essentiellement physiologique, sans complications le plus souvent, les malades, ou soi-disant telles, s'en vont... guéries, sans penser qu'un examen au lipiodol aurait permis de mieux connaître la forme de leurs utérus.

D'après de nombreuses observations lues ou rapportées dans ce travail, il ressort que les utérus doubles sont une source d'erreurs continuelles soit par un examen insuffisamment approfondi, soit que l'aspect clinique ait présenté de tels signes que l'erreur soit difficilement évitable : c'est le cas particulier où l'existence d'un vagin unique et d'un col unique n'éveille pas l'attention de l'observateur. L'examen révélant seulement une masse à côté d'un utérus reconnu gravide, on pensera soit à un fibrome, soit à un kyste de l'ovaire, soit à une grossesse extra-utérine. Dans ce dernier cas, le diagnostic est très délicat, d'autant plus difficile qu'il y a grossesse dans les deux cas : mêmes phénomènes géné-

raux et une réaction gravidique de l'utérus inhabité, et d'autant plus important, qu'il faut opérer d'urgence, s'il y a grossesse extra-utérine, et attendre, si c'est un utérus double. On a décrit plusieurs signes qui permettraient de poser le diagnostic : le signe de Pfannenstiel, qui consiste à rechercher l'insertion du ligament rond, qui se fait en dehors de la tumeur gravide dans l'utérus double, et en dedans dans le cas de grossesse extra-utérine; et le signe de Halban, qui consiste à percevoir à travers la paroi abdominale la bride recto-vaginale — si elle existe — qui doit se tendre et être attirée en haut sous l'influence de l'évolution utérine. Mais ces deux signes ne sont pas facilement perceptibles. Si l'on constatait des contractions au niveau de la tumeur gravide, on ferait le diagnostic de grossesse intra-utérine, mais le plus souvent on ne pense pas à les rechercher.

A partir du 5e mois, l'auscultation montrant l'existence des battements du cœur fœtal; il y a certitude de grossesse et il est bien rare de voir une grossesse extra-utérine évoluer jusqu'à ce terme sans provoquer d'accidents sérieux. A cette époque, si l'un des utérus est gravide, l'autre peut être prolabé et inclus dans le petit bassin, donnant au toucher l'impression d'une tumeur prævia molle, relativement indépendante, que l'on prend habituellement pour un fibrome ou un kyste. On voit donc que reconnaître un demi-utérus inhabité est assez difficile, surtout si l'on n'a pas constaté la présence de deux cols.

En un mot, comme l'écrit Caplain, « la clef du diagnostic est dans la découverte de la division de l'appareil génital ». Le plus souvent, en effet, on ne pense pas à la possibilité d'une duplicité utérine, et c'est au cours de l'intervention qu'on la reconnaît.

COMPLICATIONS

I. Complications en dehors de la grossesse. En réalité, il y en a très peu : crises douloureuses abdominales; tendance aux hémorragies; annexites; fibrome; cancer; pyométrie; hématométrie; torsion d'un hémi-utérus.

II. Complications en rapport avec la puerpéralité :

A. Pendant la grossesse : avortement; accouchement prématuré; rupture utérine; torsion de l'hémi-utérus gravide.

B. Au moment du travail :

a) Complications tenant à l'utérus gravide : insuffisance des douleurs; présentation de l'épaule; présentation du siège; non formation ou mauvaise formation du segment.

b) Complication tenant à l'utérus vide : enclavement de l'utérus vide formant tumeur prævia.

c) Complication tenant au vagin.

C. Complications de la délivrance et des suites de couches : fréquence des hémorragies; rétention de la caduque de l'utérus vide.

Le clinicien voit avant tout les utérus doubles compliqués; l'évolution silencieuse des autres les soustrait à l'investigation et à la statistique. Il nous paraît que les utérus doubles exposent, plus que les simples, à des complications nombreuses et graves; ces complications sont surtout du domaine de l'obstétrique; d'où, nous les étudierons rapidement en dehors de la grossesse, et un peu plus longuement, celles qui sont en rapport avec la puerpéralité.

I. — *Complications en dehors de la grossesse.*

1° Crises douloureuses abdominales dues à la rétroversion d'une des cornes ou douleurs cataméniales, intermittentes, qui sont souvent le prélude des douleurs permanentes de l'hématométrie constituée. On les constate assez souvent.

2° Tendance aux hémorragies, souvent des métrorragies qui déterminent les femmes à venir consulter.

3° Les annexites ne sont pas plus fréquentes, peut-être sont-elles plus graves.

4° Il n'y a aucune raison pour que les fibromes et les cancers soient plus nombreux. Nous avons lu une observation de E. Thiers, sur un cas d'utérus bicorne unicervical avec une corne gravide, et l'autre cancéreuse, pour lequel il a été fait une hystérectomie abdominale totale.

5° Pyométrie, complication rare; on trouve cependant quelques observations où les malades ont été guéris par l'opération.

6° Les rétentions unilatérales ne s'observent que dans les cas de duplicité des organes génitaux. Elles peuvent intéresser à la fois le vagin et l'utérus ou seulement l'utérus. Nous rapportons une observation de Georges Gross et Fruhinsholz d'hémihystérectomie pour hématométrie dans un utérus double, suivie de grossesse.

7° Nous relatons une observation de P. Petit-Dutaillis pour torsion d'un hémi-utérus et de sa trompe avec hématosalpinx intraligamentaire (obs. VII).

II. — *Complications en rapport avec la puerpéralité.*

A. — Pendant la grossesse.

1° *Avortement.* — Nous avons vu que la femme qui a un utérus double est facilement fécondable, mais aussi, d'après de nombreux auteurs, elle est sujette à de nombreux avortements, même lorsque le produit de la conception est unique.

D'après Dubreuil-Chambardel, sur 467 grossesses, il y aurait eu 102 avortements et 78 accouchements avant terme, soit une interruption de la grossesse dans 40 p. 100 des cas.

Dans la thèse de Delas, portant sur 104 observations ayant produit 182 grossesses, on en note 34. Dans le travail de Keller et Schmitt, de la Maternité de Strasbourg, dans un quart des cas, la grossesse a été interrompue à son début; Weinbrenner et Hanns, 9,8 p. 100. On a donné de nombreuses raisons de ces interruptions : l'insuffisance musculaire de la paroi utérine; en effet, il est en certaines régions des zones de moins bon développement, donc de moindre résistance; — l'insuffisance de la cavité utérine, qui ne se prête pas à une distension suffisante pour contenir un fœtus à terme; — le placenta s'insérant sur cette muqueuse mince ne pourrait acquérir le développement nécessaire à son bon fonctionnement. Toutes ces suppositions sont plus ou moins plausibles et doivent certainement intervenir dans l'un ou dans l'autre cas. Mais ce n'est pas toujours ainsi, et il est frappant de remarquer que certaines femmes, après un accouchement normal à terme, avortent spontanément dans une deuxième grossesse; et les arguments du manque de place, de minceur des tissus, ne peuvent intervenir ici. Ces avortements peuvent être compliqués et souvent offrent de sérieuses difficultés diagnostiques. On cite le cas de femme ayant subi un premier curetage sans que le diagnostic de la malformation ait été soupçonné. Dans certaines observations, la malformation ignorée, contenant l'avortement qui saigne, peut facilement simuler une grossesse extra-utérine. Puglioni et Luigi en rapportent un cas fort intéressant imitant parfaitement l'image classique d'une grossesse extra-utérine : utérus normal, avec tumeur grossissante juxtaposée, retard des règles, hémorragies. Une laparotomie montre une grossesse dans une des cornes d'un utérus bicorne à un col.

Le pourcentage des avortements devient encore bien plus élevé si l'on considère les grossesse gémellaires, et l'on peut voir un hémi-utérus avorter sans qu'il y ait retentissement notable pour le côté opposé, dont la grossesse évolue jusqu'au terme.

2° *Accouchements prématurés.* — Pour Weinbrenner il y en aurait 13,7 p. 100. L'étiologie n'en est pas nettement déterminée. On invoque, comme pour les avortements, le manque de place et la distension musculaire limitée, et, comme pour les avortements, ces hypothèses sont insuffisantes. Nous trouvons, en effet, le cas d'une femme ayant porté trois grossesses normales à terme, une présentation du siège et une présentation de l'épaule également à terme. Plus quatre avortements et un accouchement prématuré. Il est difficile de trouver mieux et une explication plausible à ces évolutions très différentes dans un utérus bicorne avec un seul col. A la Maternité de Bordeaux, nous avons trouvé une IV^e^-pare avec un enfant mort-né, un accouchement prématuré avec enfant mort et deux enfants vivants; c'est moins bien, mais nous retiendrons ce caractère d'inconstance et d'intermittence dans les complications des utérus doubles.

3° *Rupture utérine pendant la gestation.* — Elle paraît rare dans les utérus doubles. Elle s'observe plus fréquemment dans les grossesses évoluant dans une corne rudimentaire d'un utérus bicorne, qui se laisse distendre sans difficulté, mais son insuffisance musculaire est si marquée qu'elle se laisse rompre. Cette rupture se produit à une période plus avancée que celle qui survient dans une grossesse extra-utérine, surtout entre le 3^e^ et 5^e^ mois. Nous avons retenu l'observation de Charles et Maitrerobert, où une rupture spontanée de l'hémi-utérus gravide se produit à 3 mois 1/2 (obs. X). Dans l'observation I, le Docteur Goumain a fait l'hémihystérectomie de l'utérus gravide à cause des parois très amincies et de l'étroitesse du collet d'insertion, faisant prévoir une évolution de la grossesse vers une rupture.

D'après Cohn, il y aurait rupture dans 44 p. 100 des cas. Kehrer en cite 39 sur 82 cas. La rupture se fait presque toujours au pôle supérieur, qui est le plus mince et le moins résistant. Elle s'explique par suite de la distension des parois

et de l'accroissement de la pression interne au cours du développement de l'embryon. Sur 49 ruptures, Cohn a relevé 30 cas de morts; cette gravité extraordinaire tient probablement à ce qu'elle se produit surtout vers le 4e mois, et qu'à cette époque les parois du sac fœtal sont plus vascularisées que dans une grossesse tubaire.

Les signes de rupture sont les mêmes que ceux d'une grossesse tubaire : douleurs brusques et violentes dans l'abdomen, dyspnée, frissons et refroidissement des extrémités, sueurs froides et vomissements, et surtout pouls filiforme. MM. Charles et Maitrerobert signalent un syndrome hémorragique très atypique qui a succédé à la rupture.

Le Professeur Laffont a relaté un cas de *torsion de l'hémi-utérus* au cours d'une grossesse en ayant imposé pour une appendicite.

B. — Au moment du travail.

a) Complications tenant a l'utérus gravide.

On trouve de nombreux troubles physiologiques, mais qui ne sont pas particuliers aux utérus doubles; notamment l'insuffisance des contractions, d'où la longue durée du travail et la difficulté de la dilatation.

A côté de ces troubles physiologiques, il en est d'autres, d'ordre mécanique, qui sont un empêchement à l'accouchement ou le rendent laborieux.

1° *La présentation de l'épaule* est pour beaucoup d'auteurs, avec la présentation oblique, la présentation typique dans ces malformations; ils ont cité des chiffres très élevés jusqu'à 17,9 p. 100. Ces chiffres sont très éloignés de ce que nous avons pu observer ou lire; dans les utérus didelphes ou pseudo-didelphes, on a deux cavités de forme normale, dont les dimensions longitudinales l'emportent sur les dimensions transversales, et le fœtus se présentera par un de ses pôles, extrémité céphalique ou pelvienne.

2° *La présentation du siège* est dans ces cas beaucoup plus fréquente que la présentation de l'épaule. Normalement, on trouve 5 sièges sur 100 accouchements; dans les utérus doubles, 5 sièges sur 21 accouchements, soit le quart. Nous relevons dans la thèse de Delas 23 sièges sur 104 observations ayant produit 182 grossesses. Dubreuil-Chambardel, sur 322 cas, trouve 270 sommets, 52 sièges, 10 faces, et jamais d'épaule.

3° *Non-formation ou mauvaise formation du segment :* il se produit un développement sacciforme en n'importe quel point sur la face antérieure ou postérieure, qui produit un engagement tardif de la présentation et des présentations vicieuses.

b) Complication tenant a l'utérus vide.

Enclavement de l'utérus non gravide dans le petit bassin formant une tumeur prævia; c'est la plus grande dystocie à redouter dans ces malformations. Dans l'utérus bicorne unicervical, l'utérus non gravide subit dans la cavité abdominale un mouvement d'élévation qui l'entraîne accolé à l'utérus gravide, dont il est peu indépendant. Dans l'utérus didelphe et pseudo-didelphe, au contraire, l'utérus vide, à cause de son indépendance, reste soit au-dessus de la symphyse, soit en rétroversion dans le bassin. Cet obstacle de l'utérus vide en rétroversion à la progression du fœtus peut donc, dans certains cas, être assez considérable pour nécessiter une intervention. Cependant, d'une façon générale, le corps utérin non gravide, se développant également au cours de la grossesse, remonte progressivement au-dessus du détroit supérieur.

c) Complication tenant au vagin.

La duplicité du vagin n'occasionne d'accidents ni pour la mère, ni pour le fœtus. Cependant la cloison peut s'opposer

à la descente de la présentation, le fœtus venant buter contre ou s'y installer à cheval.

C. — **Complications de la délivrance et des suites de couches.**

On signale la fréquence des hémorragies par inertie utérine ou par insertion vicieuse du placenta soit sur le segment inférieur, soit sur la cloison, qui ne possède pas de fibres musculaires et ne peut se contracter : d'où le placenta va se décoller uniquement sur la paroi utérine, et il va en résulter une hémorragie.

Nous rappelons que la caduque venue de l'utérus vide, décrite au chapitre physiologie, est expulsée deux ou trois jours après la masse placentaire de l'utérus gravide. Si elle n'est pas expulsée, elle peut être le point de départ d'une infection localisée à la corne utérine non gravide, infection qui peut se généraliser. Bégouin (*Bull. Soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, 1922, p. 762) rapporte le cas d'une femme présentant un utérus double méconnu qui fit après l'accouchement une infection grave, suivie d'embolie, consécutive à la rétention de la deuxième caduque dans la corne non gravide. L'infection puerpérale survenant dans les utérus doubles peut donc être d'autant plus grave qu'on peut méconnaître l'existence d'un des corps et qu'on a tendance à pratiquer un curetage incomplet. D'où révision des deux utérus.

D'après Schultze, il y aurait 30 p. 100 de troubles de la délivrance. Sur 11 accouchements, Keller et Schmitt ont fait 7 révisions, mais, ajoutent-ils, les indications de ces révisions sont très larges : pour hémorragie et placenta partiellement décollé, pour décollement du placenta encapuchonné par suite de l'irrégularité des contractions et par la mauvaise musculature dans une des cornes d'un utérus bicorne; pour inertie utérine; pour placenta simplement suspect (obs. XIII).

En résumé, ni l'évolution de la grossesse, ni l'accouchement, ne se passent sans complications : aussi serons-nous prêts à intervenir à la moindre menace.

INDICATIONS OPERATOIRES

I. L'utérus double est diagnostiqué.

A. S'il n'y a pas de grossesse : Faut-il intervenir pour permettre la reconstitution anatomique normale de l'utérus ? — Hématométrie; stérilité; fibrome; cancer; kyste; salpingite.

B. S'il y a grossesse : Différentes complications posent l'intervention. — Faut-il faire une césarienne ou une hémihystérectomie ? — Si c'est pendant le travail ou au début de la grossesse ou en dehors.

II. L'utérus double n'est pas reconnu, le ventre est ouvert.

A. S'il n'y a pas de grossesse : Tout est normal; hémi-utérus atrophié; fibrome; cancer, etc.

B. S'il y a grossesse : Tout est normal : grossesse dans hémi-utérus atrophié; un utérus est gravide, et l'autre malade.

Nous aurons à envisager deux éventualités, ou bien la malformation utérine est cliniquement reconnue ou elle est méconnue avant la laparotomie, nécessitant l'improvisation d'une ligne de conduite.

I. — *L'utérus double est diagnostiqué.*

A. — S'il n'y a pas de grossesse.

Faut-il intervenir pour permettre la reconstitution anatomique normale de l'utérus ?

De nombreux auteurs étrangers, Strassmann, Bauer et Stoeckel, pensent que l'accouchement normal à terme avec enfants vivants n'existe presque pas dans ces malformations, et invoquent la très grande fréquence des complications, comme les règles douloureuses, les avortements fréquents, les ruptures utérines, les présentations du siège et de l'épaule, l'enclavement de l'utérus vide dans le petit bassin, comme

indications opératoires. Ils conseillent donc l'opération préventive, qui réunit les deux hémi-utérus après ablation de la paroi interne; cette opération réparatrice donne ainsi un seul utérus, plus grand, plus spacieux, capable de porter des grossesses ultérieures normales, sans complications, sans que le danger de rupture utérine ne soit augmenté. Leith Murray cite deux cas de plastie où les malades ainsi réparées ont accouché chacune de deux enfants.

L'avis de ces auteurs est loin d'être partagé par tout le monde. Il semble que leurs stastistiques se basent surtout sur des cas malheureux, alors que nous avons constaté qu'un très grand nombre d'accouchements et de grossesses se passent très normalement, que souvent les utérus doubles ne gênent pas les femmes qui en sont porteuses et que souvent ils passent inaperçus. De plus, malgré cette opération préventive et réparatrice, la minceur de la paroi et de la muqueuse reste inchangée et la cicatrice peut rendre la paroi encore moins résistante.

Comme les utérus doubles sont facilement fécondables, souvent silencieux, et que les avantages de ces opérations réparatrices sont minimes, nous pensons que toute intervention importante sur une femme présentant cette malformation et non enceinte doit être rejetée.

Toutefois, si une complication acquise se greffe sur la malformation congénitale, un hématomètre latéral dû à cette malhormation, il faut toujours intervenir parce qu'il est une cause de dystocie, souvent une source d'infection dangereuse, et peut se compliquer d'hématosalpinx. Il faut extirper l'utérus hématométrié et conserver l'utérus sain, c'est-à-dire faire une hémihystérectomie, à cause de la propagation de l'infection aux annexes. Cette opération conserve à la femme ses caractères sexuels et la possibilité de grossesse ultérieure avec une guérison stable et durable (Quénu et Le Sourd). Sur 19 cas d'hématométrie hémihystérectomisés par la voie haute, Gross cite une grossesse dans l'utérus laissé à demeure (obs. V).

Pour la stérilité due uniquement à la malformation utérine, il semble que l'on ne doive pas conseiller l'intervention rétablissant un utérus normal, car il existe souvent, liée à celle-ci, une hypoplasie génitale, signalée au rappel embryologique.

Reconnaît-on un fibrome, un cancer, une salpingite ou une tumeur annexielle quelconque, on devra pratiquer la laparotomie avec incision médiane sous-ombilicale, de préférence à toute autre intervention. Elle seule permettra de reconnaître le degré de la lésion et de tenter une opération conservatrice. L'hystérectomie par voie vaginale devrait être rejetée chaque fois que la duplicité utérine serait diagnostiquée ou même soupçonnée.

B. — S'il y a grossesse.

Nous avons vu avec quelle facilité l'utérus double avorte ou accouche avant terme. Il faudra donc se borner à prévenir ces complications. Si l'avortement s'est déjà produit, on songera à la rétention possible de la deuxième caduque dans l'utérus non gravide et à l'infection consécutive, qui peut être très grave. Il faudra donc toujours s'assurer qu'il ne reste rien dans la cavité utérine.

Pendant le travail, des troubles peuvent se produire, comme nous l'avons vu dans le chapitre des complications, dus à l'utérus gravide. On peut avoir une menace de rupture, par contracture utérine ou par sténose du col, une dilatation sacciforme du segment inférieur, qui nécessitent l'intervention, qui sont des indications de la césarienne. On peut également avoir des troubles tenant à l'utérus non gravide. Dans les cas où l'hémi-utérus vide joue le rôle de tumeur prævia et où le diagnostic a été déjà posé pendant la grossesse, il nous semble que l'abstention est de mise, car ordinairement on arrive à refouler l'utérus incarcéré dans le petit bassin, en haut et latéralement, comme le montrent deux observations, et l'accouchement peut se terminer nor-

malement. Mais dans d'autres cas, en regard de l'impossibilité de refouler cette tumeur, l'intervention peut s'imposer.

Doit-on faire une césarienne conservatrice ou la compléter par une hémihystérectomie ?

Souvent les auteurs se sont contentés d'une césarienne conservatrice et ont remplacé les deux hémi-utérus sans chercher à enlever celui cause de la dystocie actuelle et cause possible de dystocie future. Cette conduite se justifie par la bénignité de la césarienne, alors qu'une hémihystérectomie pratiquée au moment du travail peut présenter de nombreuses difficultés, notamment d'hémostase et de péritonisation, et entraîner ainsi un risque opératoire plus important.

Les indications de l'hémihystérectomie ne sont pas bien réalisées au terme d'une gestation ou au cours du travail, il vaut mieux la pratiquer soit en dehors de la gestation, soit au début de la gestation. Le Professeur Couvelaire en a rapporté un cas dans lequel l'intervention avait été pratiquée au 3e mois, et il a insisté sur l'innocuité de l'intervention quant à la continuité de la gestation, à condition que celle-ci ne soit peu avancée.

Comme l'écrit M. Mayer, il semble donc que devant une dystocie apparue au cours du travail, due à l'hémi-utérus non gravide et en l'absence de signes d'infection probable ou certaine, la méthode de sécurité consiste à pratiquer une césarienne conservatrice, basse de préférence, sans hémihystérectomie complémentaire.

On peut faire une césarienne et, quelques mois après, une hémihystérectomie de l'utérus non fonctionnel et jouant le rôle de tumeur prævia.

II. — *L'utérus double n'est pas reconnu.*

Une opération abdominale peut être entreprise, et porter soit sur les ovaires, sur les trompes ou sur l'appendice, et croyant opérer une grossesse ectopique ou un fibrome, on se trouve en présence d'un utérus double.

Si l'utérus, n'étant pas gravide, ne présente aucune altération pathologique et si les annexes sont saines, il faut refermer le ventre. Par contre, si nous trouvons un hémiutérus atrophié, ou qui s'implante mal sur le canal cervical commun, ou si une corne ne communique pas avec l'extérieur, il nous semble qu'il faille faire une hémihystérectomie. Cette opération mettra la femme à l'abri des complications ultérieures possibles et sa faculté reproductrice sera respectée.

S'il y a fibrome, cancer, salpingites ou tumeurs annexielles, on aura à choisir entre une salpingectomie, une hémihystérectomie, une hystérectomie.

L'hémihystérectomie convient à la salpingite unilatérale, aux fibromes unilatéraux ou aux cornes atrophiées. Elle cesse d'être applicable si c'est la corne principale qui est malade : en effet, enlever celle-ci, et laisser en place la corne atrophiée, serait exposer la femme à des complications obstétricales très graves, en particulier la rupture. « Si bien que des lésions même unilatérales peuvent parfois nécessiter une hystérectomie bilatérale, si ces lésions intéressent la corne principale. » (Stern.)

Une dernière situation, — rare actuellement avec les facilités de diagnostic apportées par les épreuves biologiques de la grossesse, — doit être envisagée. C'est le cas où, à l'ouverture du ventre seulement, on s'aperçoit qu'un des deux utérus est gravide. Que faut-il faire ? La réponse est délicate et doit tenir compte de l'aspect, de la morphologie des deux utérus et des antécédents obstétricaux de la femme. Nous nous souvenons que souvent la grossesse est menée à terme, mais qu'aussi il peut y avoir de nombreuses complications; toutefois, si tout paraît normal, si les deux utérus sont sains ainsi que les annexes, si le passé obstétrical est sans histoire, doit-on refermer le ventre ? ou doit-on conserver l'utérus gravide et faire l'hémihystérectomie de l'utérus vide, inutile, peut-être nuisible, s'il devient dystocique ? Nous pensons que cette dernière proposition est la meilleure,

en nous rappelant la fréquence et la redoutable complication causée par l'enclavement de l'utérus vide dans le petit bassin au moment du travail, et nécessitant alors une intervention, et en répétant avec Couvelaire que cette opération ne cause pas de trouble sur la marche de la grossesse, si du moins elle est faite dans les premiers mois de la gestation.

Si, par contre, la grossesse s'est développée dans un demi-utérus atrophié, complètement distinct de l'autre, ou dans dans une corne rudimentaire, il faut sacrifier le demi-utérus gravide.

Enfin, si un utérus est gravide et l'autre malade, fibromateux par exemple, la conduite à tenir doit-elle être la même que s'il s'agissait d'un fibrome compliqué de grossesse ? Si ce fibrome ne gêne pas l'évolution de la gestation et si la grossesse n'occasionne pas de troubles, doit-on laisser tout en place et refermer ?

Nous ne le pensons pas. Si l'utérus fibromateux est bien pédiculé ou complètement distinct, il faut l'extirper pour faire de la place au développement de l'utérus gravide.

Dans le cas d'utérus bicorne unicervical, avec une corne gravide et l'autre cancéreuse, E. Thiers a fait une hystérectomie totale, avec parfaite santé de la malade quatre ans après l'opération.

Ainsi nous voyons que la laparotomie est l'intervention la plus utile, car elle permet de se rendre nettement compte de la malformation utérine, et le chirurgien pourra donc choisir l'opération nécessitée par la nature et l'étendue des lésions. Il s'efforcera d'être aussi conservateur que possible, en se rappelant que l'hémihystérectomie est l'intervention de choix, en mettant la femme à l'abri de nombreuses complications et en sauvegardant sa vie génitale, comme le montrent les quelques observations que nous avons recueillies; et, chez notre malade hémihystérectomisée, tout se passa de façon normale, puisqu'elle devint enceinte un an après l'opération et qu'elle vient d'accoucher d'un superbe enfant.

OBSERVATIONS

I. Hémihystérectomies suivies de grossesse : observations I, II, III, IV, V, VI, VII.

II. Hémihystérectomie :

— d'un utérus gravide avec diagnostic de grossesse extra-utérine : observation VIII.

— d'un utérus gravide simulant une grossesse extra-utérine à terme : observation IX.

— pour rupture d'un hémi-utérus gravide : observation X.

III. Césarienne :

— pour dystocie par hémi-utérus gravide : observation XI.

— pour procidence du cordon et pour enclavement de l'hémi-utérus vide : observation XII.

— pour présentation du siège et atrésie utérine : observation XV.

— 3 césariennes chez une IV-pare : observation XVI.

— pour dilatation incomplète : observation XVIII.

IV. Délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta : observation XIII.

Grossesse gémellaire : observation XIV.

Superfœtation : observation III.

Forceps dans un bassin rétréci chez une malade ayant eu une césarienne basse : observation XVII.

Observation II.

(R. Labry et R. Lyonnet, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1932.)

Résultats éloignés d'une opération conservatrice pour utérus double bicorne unicervical. — Grossesse et accouchement normaux.

Cette malade fut opérée en mars 1930, à la clinique gynécologique de la Charité, dans les circonstances suivantes : il s'agis-

sait d'une jeune femme de 21 ans, ayant présenté une crise douloureuse abdominale très vive avec réaction péritonéale au cours d'une menstruation anormale. Au toucher, on croyait sentir un utérus petit, flanqué de deux masses latérales interprétées à tort comme deux annexites.

La laparotomie précisa qu'il s'agissait, en réalité, d'une malformation congénitale : utérus double bicorne unicervical. Mais les deux utérus étaient très écartés l'un de l'autre et réunis par une bande de tissu utérin transversal, ce qui expliquait les sensations du toucher. Il existait, en outre, une bride sagittale vésico-rectale; ce fait est signalé dans 20 p. 100 des observations; mais, dans notre cas, cette bride était plus qu'un simple reflet péritonéal; très large, elle contenait à son intérieur une sorte de diverticule vésical, et, du côté de l'iliaque, se trouvaient des vaisseaux; aussi n'avons-nous pas voulu sectionner ce véritable méso. Enfin, l'ovaire gauche était nettement kystique et gros comme une petite orange, et ce fait correspondait aux douleurs présentées par la malade, si bien que, chez cette jeune femme de 21 ans, nous avons pratiqué une opération conservatrice : hystérectomie de l'utérus gauche, correspondant à l'ovaire pathologique, péritonisation du petit moignon utérin en utilisant la bride séreuse vésico-rectale signalée, et conservation de l'utérus et des annexes droites paraissant normales.

Nous avons pu, d'autre part, pendant l'intervention même, vérifier la perméabilité de l'utérus conservé.

Les suites opératoires furent très simples et depuis la menstruation fut régulière et indolore.

Cette opérée fut revue à différentes reprises : au toucher, l'utérus conservé était senti très haut et à droite; le col restait très petit et très dur; un long trajet de plus de 10 centimètres était facilement senti, déformé en Z, reliant utérus et col. Tout cela correspondait parfaitement aux constatations de la laparotomie et à l'intervention pratiquée.

En juillet dernier, nous avons eu la surprise de revoir cette jeune femme, n'ayant plus ses règles depuis avril et manifestement enceinte d'environ 4 mois. La grossesse était absolument

bien supportée, mais le toucher révélait toujours ce long col très coudé et étroit comme un crayon, et l'utérus, bien que gravide, restait toujours au niveau de la fosse iliaque droite. Au 6e mois, l'utérus occupait alors l'abdomen d'une façon normale; le col était ramolli, contrairement aux constatations préalables, mais restait toujours très long et doublement coudé, de sorte que nous étions assez inquiet sur l'évolution ultérieure de cette grossesse, et en tout cas sur la marche probable de l'accouchement. Aussi dirigeons-nous la gestante sur les consultations d'un service d'obstétrique. Là, aux différents examens, on ne peut que constater une adaptation progressive et parfaite de la présentation, qui est un sommet normal. Et, contrairement à nos appréhensions du début, notre opérée accouche absolument normalement, le 11 janvier 1932, au voisinage de son terme. Elle présente même un travail rapide, puisque, primipare, elle met au monde en 7 heures une fille vivante de 3.000 grammes.

Observation III.

(Le Lorier et M. Mayer, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1937.)

Utérus didelphe avec trois grossesses successives, dont : une grossesse double biutérine; une grossesse ectopique et ablation de l'utérus et de la trompe droite; un accouchement par le siège avec dystocie par bride vaginale.

Mme M... (Alice), 32 ans, réglée à partir de 15 ans seulement, règles régulières, abondantes, indolores, durant quatre à six jours.

Les deux premières grossesses ont donné lieu à des accidents qui ont été dès le début rapportés à leur cause réelle : un utérus didelphe.

C'est au cours de la première grossesse, en 1926, que le diagnostic de la malformation a été fait, à l'occasion d'une opération. Au 3e mois, la gestante a subi, en effet, une laparotomie faite sur le diagnostic erroné de kyste de l'ovaire compliquant un début de grossesse; on put reconnaître la présence de deux corps utérins,

séparés, le droit étant gravide. Après cette laparotomie restée exploratrice, la grossesse évolua sans incident jusqu'au 7 mois 1/2. Elle accoucha prématurément à cette époque d'un enfant né par le siège, vivant, pesant 1.750 grammes, actuellement bien portant. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier au début, et la femme était considérée comme normale : on avait envisagé son départ dans les délais habituels, quand, le onzième jour, au moment même où la femme se disposait à quitter l'hôpital, elle fut reprise de douleurs et expulsa, à l'étonnement des assistants, un œuf qui présentait les caractéristiques suivantes : c'était un œuf jeune dont l'âge fut évalué, d'après les dimensions du fœtus, à environ 3 mois 1/2; c'était, d'autre part, un œuf frais, et non macéré. Il ne pouvait, par conséquent, s'agir du produit d'une conception contemporaine de celui expulsé onze jours auparavant; le deuxième œuf résultant vraisemblablement d'une superfécondation intervenue alors que le premier œuf était en évolution depuis plusieurs mois déjà.

La deuxième grossesse se produisit en 1931 : dès le début de la gestation, la femme se plaignit de douleurs du côté droit et de pertes rouges; à la suite d'un incident syncopal, le diagnostic fut fait de grossesse extra-utérine et confirmé opératoirement : ablation de la trompe gravide ainsi que de l'ovaire droit et de l'hémi-utérus droit; appendicectomie.

La troisième grossesse s'est développée dans les conditions normales : dernières règles du 7 au 10 mai 1936. Au cours des consultations données pendant la grossesse, on constate le développement normal de l'hémi-utérus restant gauche et la présence d'une bride vaginale basse, reliquat de cloison, ainsi que la présence de deux cols. Accouchement le 12-13 février 1937, par le siège : durée de la période de dilatation : 4 h. 50; période d'expulsion, 10 minutes; rupture spontanée précoce des membranes; aucune difficulté dans la marche du travail et dans l'expulsion du fœtus; on constate cependant, au moment du dégagement du siège en gauche transverse, l'existence d'une bride vaginale sur laquelle l'enfant se place à cheval; cette bride est sectionnée. Expulsion d'un enfant vivant, pesant 2.300 grammes, présentant une très légère mal-

formation du pied gauche sous forme de pied bot varus, qui paraît plutôt correspondre à une déformation d'attitude qu'à une malformation osseuse réelle. Révision du col, au cours de laquelle on constate sur la paroi latérale droite du col, antérieurement gravide, l'existence d'un moignon atrophié, ramolli, correspondant à l'hémi-utérus droit réséqué. Placenta normal.

Observation IV.

(R. Keller et L. Schmitt, *Revue française de gyn.*, 1937.)

Hémihystérectomie pour hématométrie dans corne droite imperforée, suivie de grossesse normale. — Absence congénitale du rein droit.

Il s'agit d'une jeune femme dont les règles ont toujours été régulières, toutes les quatre semaines, durant trois à quatre jours, abondantes, et douloureuses dans les trois jours qui les précédaient. Depuis sa puberté, elle se plaignait continuellement de douleurs crampoïdes dans la fosse iliaque droite. Une appendicectomie à l'âge de 13 ans n'améliore nullement ses souffrances. En mai 1929, un examen révéla les faits suivants : la palpation de l'abdomen montre une grosse tumeur à contours irréguliers, assez mobile, fluctuante et légèrement sensible à la palpation. Le bord supérieur est à quatre travers de doigts à droite au-dessus de l'ombilic. Au toucher : la tumeur remplit presque entièrement la partie droite et postérieure du Douglas. Le col est repoussé vers la gauche et en haut. L'orifice externe, difficilement palpable, est fermé. La tumeur est intimement adhérente à la matrice, qu'on a l'impression de palper un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic.

Intervention (le 1er juin 1929). — On trouve un utérus bicorne, unicervical. La corne droite est fortement dilatée, remplit presque entièrement le Douglas, remonte au-dessus de l'ombilic et repousse vers le haut la corne gauche. Chaque corne n'a qu'un ligament rond et une trompe.

Etant donné ce status, étant donné aussi l'âge de la malade avec des ovaires sains et une menstruation normale par la corne gauche, l'opérateur décide de tenter une opération conservatrice. Il s'agit d'enlever la corne droite imperforée, dans laquelle existe un gros hématomètre. L'intervention comprend la résection de la corne droite, du moins de ses trois quarts; le cul-de-sac inférieur de l'hématomètre ne pouvant être enlevé sans risque de complications graves pour la malade, on fait une excision large et le curetage de la muqueuse de la poche restée en place. Drainage. La malade quitte l'hôpital après deux mois. Au moment de la sortie, le status gynécologique était le suivant : la corne gauche est devenue plus courte et se trouve en antéflexion, le col est presque dans l'axe, la plaie du Douglas est presque fermée, mais on sent encore nettement à droite une infiltration dure. La malade fut suivie pendant plusieurs mois : elle était normalement réglée et n'avait plus de douleurs.

En janvier 1934, hospitalisation à la Maternité de Strasbourg pour métrorragies et pertes. Les deux derniers mois, pertes de sang continuelles, abondantes, avec expulsion de caillots. Les avant-dernières règles étaient très abondantes, durant quinze jours; puis pertes sales, brunâtres, continuelles, parfois assez abondantes. Pas de douleurs, mais constipation opiniâtre et asthénie. L'examen montre un petit col, dur, allant vers un petit utérus en antéflexion, placé au milieu et fixé vers la droite par une plaque de couennes qui s'élargissent vers une tuméfaction vague, de la taille de 8 × 10 centimètres, qui est plaquée contre l'os. A droite, en avant, il y a une ouverture dans le vagin admettant largement un doigt, allant vers le cul-de-sac, remontant le long du côté droit de l'utérus et aboutissant à une cavité d'où sortent les pertes purulentes : cette cavité est entourée par un tissu fortement infiltré. Une cystoscopie pratiquée montre une muqueuse vésicale normale; l'orifice urétéral gauche est sans particularité et facilement soudé. La sécrétion semble augmentée, mais il y a un léger retard dans l'élimination du bleu de méthylène. A droite, on ne trouve pas d'orifice urétéral.

Une pyélographie intraveineuse au perabiodil montre une ab-

sence congénitale du rein droit; le rein gauche est agrandi et présente des calices augmentés de dimensions et de nombre.

L'injection de l'utérus au lipiodol montre l'hémi-utérus gauche restant rempli, la trompe visible et une partie du lipiodol se trouve dans le péritoine. Il ne semble pas qu'il y ait une communication entre l'utérus et la poche restante de l'ancien hématomètre droit.

A part ses pertes purulentes, la malade souffrant en somme très peu et n'étant incommodée que périodiquement par des pertes sanguines ou séreuses, on s'abstient d'une intervention radicale, qui serait certainement grave en raison des adhérences consécutives à la première intervention et à la suppuration qui l'a suivie. De plus, la malade n'ayant qu'un rein et qu'un uretère, une lésion toujours possible de ce dernier serait fatale. Pour ces différentes raisons, on décide de s'abstenir provisoirement et d'observer la malade.

En février 1937, la malade nous revient mariée et enceinte. L'examen obstétrical nous montre un utérus de forme ovoïde, situé sur le rebord costal gauche. Les bruits du cœur sont perceptibles. L'examen interne nous montre un vagin long et étroit, un orifice externe perméable au doigt, un col effacé avec une poche des eaux intacte et une présentation du siège complet, mobile.

Accouchement normal, toutefois les douleurs sont insuffisantes. On aide à trois reprises avec deux unités d'hypophysine, tout en faisant pousser la femme. Expulsion spontanée du siège, on fait la manœuvre de Mauriceau, et on obtient un enfant de 3 kilos.

Trente minutes plus tard, la femme commence à saigner. On exprime le placenta par un Crédé sous narcose; et une révision pratiquée en même temps pour placenta suspect fait pénétrer la main dans un vagin très long et un utérus remonté sous le rebord costal gauche. Sur sa paroi droite, il y a une encoche où le muscle paraît plus mince. L'utérus se contracte pourtant bien sur la main à la suite d'une injection intraveineuse d'hypophysine. On ne ramène pas de restes; l'hémorragie a cessé. Les suites de couches se passent normalement et l'accouchée quitte la clinique dans les délais normaux.

Observation V.

(Georges Gross et Fruhinsholz, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1913.)

Un cas de grossesse normale après hémihystérectomie pour hématométrie dans un utérus double.

Règles douloureuses, régulières, peu abondantes.

L'écoulement sanguin s'arrêta brusquement, et un médecin constata l'existence d'une collection très douloureuse qui s'évacua spontanément par le vagin : pertes de sang extrêmement abondantes pendant vingt-quatre heures, puis les douleurs cessèrent, mais des caillots furent évacués pendant plus d'une semaine. Depuis cette époque, dysménorrhée de plus en plus intense; les douleurs, presque incessantes, sont ressenties dans les reins, au fondement, et dans la partie gauche du ventre. Pertes menstruelles presque nulles, mais des douleurs affreuses forcent la malade à garder le lit. Depuis sept à huit mois, les douleurs s'accompagnent d'irradiations lombaires, de coccygodynie et d'irradiations à la cuisse gauche. Au moment des règles, les douleurs augmentent et les pertes sont peu abondantes.

Masse douloureuse à la pression dans la fosse iliaque gauche.

Toucher. — Col utérin petit, assez allongé, dont l'orifice externe circulaire est légèrement entrouvert. Dans le cul-de-sac latéral gauche, petite tuméfaction du volume d'un œuf, séparée de l'utérus, douloureuse. On peut mobiliser la tumeur. La malade a eu ses règles il y a trois semaines.

Diagnostic. — Hématosalpinx.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Masse de la grosseur d'un poing d'enfant, assez haut dans le petit bassin à gauche, enlevée, contenant du sang noirâtre. On constate sous cette tumeur une deuxième tumeur, plus petite, avec les caractères d'un corps utérin. Avec l'idée d'un utérus double, on trouve dans le bassin, à droite, un deuxième corps utérin plus petit. Les deux corps sont réunis par un cordon de substance utérine, que l'on sent très bien et qui se fixe sur l'utérus droit au-

dessus de son col. Cordon sectionné. Hémihystérectomie subtotale.

Depuis son opération, la malade est toujours bien portante, réglée régulièrement, sans aucune douleur.

Elle a fait une grossesse quatre ans plus tard. Au toucher, col très petit, fortement dévié à droite, ainsi que l'utérus.

Garçons de 2.400 grammes. Délivrance normale. Suites de couches sans histoire.

Observation VI.

(Paul Petit-Dutaillis, Soc. d'obst. et de gyn., 1926.)

Utérus bicorne unicervical, dont l'une des cornes, rudimentaire, logée avec ses annexes dans la fosse iliaque droite, est le siège, au cours des règles, de crises douloureuses, attribuées à une appendicite. — Ablation de cette corne et de ses annexes. — Guérison de la dysménorrhée. — Grossesse à terme consécutive.

Mme T..., 26 ans; réglée à 12 ans, pendant un jour seulement, au début; l'est durant trois à quatre jours, et abondamment, depuis qu'elle est mariée. Pas de grossesse. Se présente le 20 septembre 1921 pour être opérée d'une appendicite qui se serait révélée, au cours de l'année, par trois crises constatées par trois médecins différents.

Cette dame souffre du ventre depuis l'âge de 16 ans, et particulièrement au moment des règles. Palper combiné : conduit vulvo-vaginal et col utérin normaux; corps utérin difficilement perceptible; on n'atteint pas les annexes. Au palper de la fosse iliaque droite, douleurs et sensations objectives, interprétées comme relevant d'un empâtement profond, qui fait opiner pour appendicite avec périappendicite, bien que l'absence de réaction musculaire, de température, de troubles digestifs, ne soient pas dans l'ordre. Et la coïncidence des douleurs avec les règles ? Il n'est pas rare qu'un foyer appendiculaire se réveille à ce moment-là, et, d'autre part, le fait que les douleurs n'ont pas débuté avec la puberté a été une autre cause d'erreur.

Le 6 octobre, incision iliaque droite, en dehors de la gaine du droit. Le péritoine ouvert, on se trouve en présence, en dehors et au-dessous du cæcum, d'un gros ovaire, s'attachant par son ligament interne à un corps rougeâtre, élastique, piriforme, de la grosseur d'une noix. En avant, s'en détache un gros cordon, qui, après un trajet de 3 à 4 centimètres, pénètre dans le canal inguinal, et ne peut être qu'un ligament rond considérablement hypertrophié. Dans une figure de Schrœder, relative à un cas absolument analogue à celui-ci, je note également cette hypertrophie et cette brièveté du ligament rond qui, de ce double fait, semble s'être opposé à l'évolution du conduit de Muller correspondant. Un petit pavillon tubaire est découvert au pôle externe de l'ovaire, sans que le corps même de la trompe puisse être nettement perçu dans l'épaisseur de son aileron, qui est très large et peut être facilement détaché du péritoine iliaque, auquel il n'adhère que faiblement. De l'extrémité inférieure du corps piriforme, élastique, qui ne peut être qu'une corne utérine rudimentaire et ectopique, part un tractus plein de même consistance, qui s'effile de plus en plus en plongeant dans le bassin et aboutit à l'autre corne utérine, en place normale celle-là, de même que ses annexes.

Après agrandissement, vers le bas, de l'incision iliaque, ablation de la corne rudimentaire et de ses annexes, par section successive du pédicule mullerien, du ligament rond et du pédicule annexiel externe. Péritonisation. L'appendice, normal, est enlevé.

Examen de la pièce au laboratoire. — Ovaire volumineux, contenant des ovules et un corps jaune bien conformés. Trompe sensiblement normale comme calibre et conformation. Dans la corne rudimentaire, on n'a trouvé que des fibres musculaires lisses; pas de muqueuse.

Cette malade a bien guéri de sa dysménorrhée. On m'a fait savoir que, retournée dans sa province, elle était devenue enceinte et avait mené sa grossesse à terme. Mais je n'ai pu avoir malheureusement aucun détail sur l'accouchement.

Observation VII.

(Paul Petit-Dutaillis, Soc. d'obst. et de gyn., 1926.)

Utérus bicorne unicervical à cornes égales et bifide jusqu'à l'isthme. — Intervention d'urgence pour torsion de la corne gauche et de la trompe correspondante, avec hématosalpinx intraligamentaire. — Hémihystéro-annexectomie gauche. —. Consécutivement : grossesse à terme et accouchement normal d'un enfant bien portant.

Mlle B..., 20 ans, réglée à 15 ans, m'est amenée en juin 1923 dans un état alarmant. Depuis deux ans, les règles ont augmenté d'abondance, durent une semaine et sont devenues douloureuses. Il y a une quinzaine, huit jours après les dernières, sont survenues des douleurs abdominales progressives, accompagnées depuis hier de vomissements. Facies péritonéal; ventre ballonné, hyperesthésié, en bois. Au palper combiné, paroi vaginale postérieure et cul-de-sac latéral gauche sont repoussés par une tuméfaction rénitente qui fait largement saillie au-dessus de l'arcade crurale correspondante et du pubis, et au-devant de laquelle on délimite et mobilise un utérus de petit volume, en légère latéroversion droite; le col, d'apparence normale, est refoulé dans le cul-de-sac gauche. Aucune malformation vulvaire ou vaginale. Pas de température. A l'ouverture du ventre, utérus bifide jusqu'à l'isthme. Pas de cloison séreuse vésico-rectale interposée entre les deux corps utérins. Le corps droit et ses annexes sont normaux, mobilisables et complètement libres. Le gauche est tordu d'un demi-tour sur lui-même de droite à gauche. La trompe, de ce côté, distendue par du sang noir et sirupeux, constitue une tumeur, dépassant le volume du poing, qui a dédoublé le mésomètre, et adhère étroitement, par son intermédiaire, au côlon pelvien. Après ponction de l'hématosalpinx et aspiration de son contenu, section première de la corne, de dedans en dehors; décortication des annexes; libération du côlon, péritonisation incomplète du champ opératoire et méchage du reste. Il est entendu qu'en cas d'utérus

double il n'y a jamais que deux utérines, comme pour un utérus normal. Il existe cependant entre les deux isthmes des anastomoses vasculaires, qui, du fait de la grossesse, se développant considérablement, surtout quant à leur réseau veineux, ont offert, en pareil cas, certaines difficultés d'hémostase à des opérateurs pratiquant soit la césarienne, soit la résection de la corne enceinte (Le Lorier). Chez ma malade, j'ai dû pincer et lier une artériole anastomotique correspondant à la bifidité. Les suites ont été normales, à part une petite fistule colique tarie en une quinzaine de jours.

Le rétablissement étant complet et les règles revenues normales, j'ai cru pouvoir encourager cette jeune fille à se marier et à devenir mère. Elle s'est donc mariée, n'a pas tardé à être enceinte, et M. le Professeur Brindeau, ayant eu l'extrême obligeance de la prendre à ma demande dans son service, a bien voulu me faire savoir qu'elle avait accouché à terme et sans incident. Je l'ai revue depuis allaitant un bel enfant, et elle compte bien en avoir d'autres.

Observation VIII.

(Madon et Battle, *Bull. Soc. d'obst. et de gyn.*, 1934).

Hémihystérectomie dans un utérus bicorne gravide, avec diagnostic de grossesse extra-utérine.

II s'agit d'une II-geste ayant précédemment avorté à 2 mois de grossesse. Elle nous est adressée pour de petites hémorragies peu abondantes mais survenant presque journellement et sans douleur depuis le début du mois.

La malade se croit enceinte, elle a été normalement réglée et n'a jamais souffert lors des périodes menstruelles, toujours bien rythmées. Au toucher, un seul col, long, fermé, légèrement ramolli à son extrémité, surmonté d'un utérus rétrofléchi de dimensions d'une petite orange et non douloureux. Dans le cul-de-sac latéral gauche, bombe une tumeur rénitente du volume du poing, séparée de la masse précédente par un sillon et paraissant indépendante. Une réaction de Friedman-Brouha ayant confirmé chez

cette malade l'existence d'une gestation, le diagnostic de grossesse ectopique est posé malgré la situation franchement latérale de la tumeur, l'utérus rétrofléchi paraissant manifestement vide malgré une hypertrophie.

Intervention. — Il s'agit d'un utérus bicorne (type III de la classification d'Ombrédanne) dont la corne gauche gravide est reliée à la corne droite, que nous avions prise pour un utérus unique, par un pédicule de 3 centimètres de diamètre environ. Il n'existe pas de septum vésico-rectal.

Après quelques hésitations, une hémihystérectomie subtotale gauche est pratiquée, laissant en place l'hémi-utérus droit et les annexes correspondantes. Suture de la brèche utérine par deux plans de suture au catgut.

Observation IX.

(Paucot et Gellé, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Lille*, 1936.)

Grossesse dans un utérus didelphe simulant une grossesse extra-utérine à terme.— Hémihystérectomie.

Mme G..., âgée de 30 ans, est enceinte pour la deuxième fois. Ses antécédents héréditaires ou personnels n'ont rien de particulier; elle a été réglée à 13 ans, l'est régulièrement tous les vingt-huit jours, pendant huit jours, et pas très abondamment.

Elle a accouché en 1931, à terme, d'un enfant vivant, bien portant, qui s'est présenté par le siège.

Ses dernières règles ont eu lieu du 15 au 21 juin. Suivie par une sage-femme, sa grossesse s'est développée normalement; cependant, vers la mi-février, on a constaté la disparition des battements du cœur fœtal avec apparition d'une légère albuminurie.

L'accouchement ne se déclenchant pas à terme et même bien après le terme prévu de la grossesse, un médecin appelé prescrit, les 7 et 8 mai, des cachets de quinine, puis pose une laminaire dans le col les 12 et 13 mai. Le résultat est nul : quelques petites contractions et quelques glaires sanglantes, aucun déclenchement

du travail. Nous voyons la femme le 16 mai : l'état général est excellent, pas de température, le pouls cependant est un peu rapide, à 100 en permanence. La tension artérielle est de 12,5-7; il existe de légères traces d'albumine dans les urines.

A l'examen, le ventre est uniformément tendu, occupé par une tumeur de consistance uniforme, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, lisse, indolore. Il est impossible de percevoir des parties fœtales. Au toucher, on sent, à côté de la tumeur principale, une petite tumeur dure, située en arrière et à gauche de la masse principale. On pense à l'existence d'une grossesse extra-utérine à terme, hypothèse que semble confirmer l'examen clinique après injection intraveineuse de posthypophyse et une radiographie après injection intra-utérine de lipiodol.

En effet, après l'injection de posthypophyse, on perçoit le durcissement de la petite masse latérale, la consistance de la tumeur médiane étant toujours la même. Le radiolipiodol montre la pénétration du liquide dans la petite tumeur latérale en continuation avec la cavité cervicale.

Intervention (le 19 mai). — On trouve une tumeur lisse, tendue, dont l'aspect premier est celui d'un utérus; cependant celui-ci, du volume d'une mandarine, est situé en arrière et à gauche de la masse principale, une anse grêle adhère à l'extrémité supérieure de la tumeur, qui présente en cette région une zone de nécrose; l'anse est faiblement libérée, et, après section du ligament large droit, la pièce est libérée; l'utérus et l'ovaire gauche sont laissés en place. La tumeur, du poids de 2.900 grammes, se présente sous l'aspect d'une masse ovoïde de 20 centimètres de grand axe sur 17 centimètres de petit axe, de coloration uniformément violacée, sauf au pôle supérieur, nécrosé et noirâtre. La surface est absolument lisse, sauf au niveau de la zone de nécrose; sur son bord latéral droit est appendu un ovaire de volume et d'aspect normaux; la trompe, très étalée, chemine sur la tumeur, dont on ne parvient pas à la dissocier dans son extrémité interne. A la section, le placenta, épais d'un demi-centimètre environ, tapisse la presque totalité de la paroi. On trouve un fœtus macéré baignant dans un liquide amniotique de quantité normale.

A l'aspect macroscopique, il est impossible de diagnostiquer la nature de la paroi de la tumeur; est-elle tubaire, est-elle utérine ? Bien que d'aspect musculaire, sa minceur et l'absence de tout pédicule visible adhérent à l'utérus laissé en place nous faisaient incliner vers le diagnostic de grossesse extra-utérine non rompue; toutefois, la situation de la portion reconnaissable de la trompe et de l'ovaire laissait subsister un doute sérieux. Nous avons demandé à l'histologie de l'éclaircir. Les examens pratiqués ont montré qu'il s'agissait manifestement d'une paroi utérine.

Il s'agit donc d'une grossesse ayant évolué dans un utérus double; la communication de cet hémi-utérus gravide avec le col qui était unique nous a échappé et devait être constituée par un pédicule étroit et aminci.

Observation X.

(Charles et Maitrerobert, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1937.)

Utérus double. — Trois grossesses antérieures dans l'hémi-utérus droit; rupture de l'hémi-utérus gauche gravide. — Hémihystérectomie.

Mme P..., 32 ans; a eu, à 21 ans et à 23 ans, des périodes d'asthénie très marquée avec étourdissements fréquents et même syncope; la tension artérielle était alors de 9-5.

Première grossesse à 23 ans. L'accoucheur constata au 7e mois que l'utérus était refoulé à droite, la tête fœtale étant sous le foie. Ayant l'impression qu'il s'agissait d'un enfant petit, engagé dans une corne utérine, il tenta sans succès, plusieurs fois, la version sans anesthésie, puis une nouvelle fois sous anesthésie générale. Cette version fut suivie de mort, puis d'expulsion du fœtus. Cet accouchement prématuré fut suivi de crises abdominales douloureuses, surtout localisées à gauche.

A 25 ans, grossesse normale, accouchement normal.

A 26 ans, crise appendiculaire. Intervention à chaud.

A 29 ans, grossesse normale, accouchement normal.

En décembre dernier, débute une nouvelle grossesse. La malade

se présente à la consultation au 3e mois : on ne constate rien d'anormal, sauf des varices.

Le 21 mars, la malade ressent brusquement une douleur abdominale très vive qui l'oblige à s'aliter; pas de tendance syncopale. Une doctoresse voisine appelée d'urgence parle de menace d'avortement, fait une injection de pantopon et recommande le repos. Les jours suivants, la malade observe un repos relatif, vaque cependant à ses occupations, et arrive en peu de jours à mener une vie à peu près normale; elle souffre cependant un peu lors de la station debout et de la marche.

Le 26 mars, vers 10 heures, alors que la malade était au lit, elle se sent tout à coup faiblir sans cependant perdre connaissance et sans souffrir. Pendant les heures qui suivent, elle présente des alternations d'amélioration et d'état présyncopal. Un médecin appelé la fait transporter à l'hôpital vers midi. Nous la voyons alors, et, à première vue, avons tendance à mettre en doute le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, portée par notre confrère, car nous constatons un pouls bien frappé à 80, un teint à peu près normalement coloré. Mais peu après le pouls, sans s'améliorer, devient petit, puis imperceptible; en même temps, la malade se sent faiblir et présente un état présyncopal; quelques minutes après, le pouls redevient bien frappé à 75. La tension artérielle maxima est 7, la minima difficile à apprécier. On constate dans le flanc gauche une matité nette. La palpation de l'abdomen, douloureuse dans son ensemble, ne donne aucun renseignement.

On décide d'intervenir immédiatement, et, pendant les préparatifs, on injecte par voie intraveineuse 500 cm3 de sérum physiologique additionné de sérum de Normet chirurgical. On observe encore pendant ce temps des alternatives de pouls bien frappé, puis imperceptible.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Dès l'ouverture du péritoine, s'écoulent du sang et des caillots en abondance. Après avoir rapidement enlevé les caillots, le fœtus, qui se trouve au milieu des anses intestinales, et le placenta, qui sort d'un orifice de rupture utérine, et, après avoir fait une toilette rapide de la cavité péritonéale, on se rend compte que l'on a affaire à un utérus dou-

ble. L'hémi-utérus droit est plus développé, l'hémi-utérus gauche, dont le fond est le siège de la rupture, a des parois plus minces; son isthme est plus étroit. On procède à l'ablation de cet hémi-utérus gauche, avec sa trompe et son ovaire, par ligature et section des pédicules, section de l'isthme. Fermeture de la paroi en trois plans sur drain sus-pubien.

Transfusion sanguine et sérum physiologique, qui transforment rapidement l'état de la malade. Suites opératoires normales. Avant la sortie de la malade, on s'assure par le toucher et l'examen au spéculum que le col est unique.

Observation XI.

(Trillat, Michon et Ollagnier, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1933.)

Utérus double. — Dystocie par l'hémi-utérus non gravide. Césarienne basse.

Mme G..., 31 ans; voisinage du terme : pas de contractions utérines, mais un écoulement abondant de liquide amniotique. La température est de 37,3. La hauteur utérine, 29. Les bruits du cœur sont normaux. Cette femme a déja eu cinq gestations, terminées par des fausses couches au 2e mois.

A 12 heures, premier examen : l'utérus est fortement incliné à droite; la présentation n'est pas engagée. La tête fœtale est perçue dans le fond de l'utérus. Au toucher, on trouve une cloison antéro-postérieure délimitant deux cavités vaginales, à l'extrémité desquelles sont perçus deux cols utérins. Le col qui correspond au vagin droit paraît plus facilement perméable au doigt que l'autre.

A 17 heures, la présentation est toujours très haute, malgré les contractions utérines, qui sont régulières depuis quelques heures. Les deux cols sont également ramollis, sans que l'on puisse dire lequel correspond à l'utérus gravide.

A 18 heures, la malade présente une température de 37,8 et un pouls à 90. La présentation restant toujours très haute, la dilatation ne se faisant, on décide d'intervenir par voie haute.

A 18 h. 50, intervention. Hystérotomie basse sur un segment bien constitué. Décollement du péritoine viscéral par le procédé habituel. Extraction sans difficultés d'un enfant vivant du sexe masculin, pesant 3.250 grammes, se présentant par le siège. Suture de l'utérus et du péritoine viscéral.

L'examen du bassin montre qu'il existe un deuxième utérus à gauche, du volume d'une mandarine, de consistance dure. Cet hémi-utérus possède un ligament large, un ovaire, une trompe et un ligament rond. Il paraît remplir l'excavation pelvienne. Un doigt vaginal placé dans la cavité vaginale gauche remonte jusqu'au col utérin de l'hémi-utérus gauche; ce col est légèrement entrouvert et permet l'introduction d'un doigt; au-dessus de lui, le doigt pénètre dans une cavité élargie, correspondant à une sorte de segment inférieur surmonté par le corps utérin.

Il s'agit donc bien d'un utérus double. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Les suites opératoires furent inquiétantes dès les premiers quinze jours. Ballonnement. Température à 39°. Pouls à 110. La malade présente une dyspnée intense avec crise de cyanose et meurt.

Observation XII.

(Prof. Andérodias, *Maternité*, 1927, obs. 38.)

Utérus double. — Procidence du cordon. — Opération césarienne classique. — Enfant mort-né.

Cultivatrice de 22 ans; réglée à 16 ans; règles régulières, indolores, abondantes, durant cinq à six jours. Primipare, au 9e mois de sa grossesse. Cette malade, suivie pendant la grossesse par M. le Professeur Andérodias, a été envoyée à ce dernier par le médecin traitant avec le diagnostic de fibrome utérin. On sent en effet au toucher une tumeur occupant le cul-de-sac latéral gauche, du volume d'une orange, juxta-utérine, se contractant avec l'utérus, située sensiblement sur le même plan que la tête fœtale. Le col utérin, fermé, est très difficilement perceptible, situé très haut contre la paroi droite de l'excavation. Huit jours avant le

début du travail, il est impossible d'atteindre le col, remonté d'une part, tandis que la tête, distendant fortement le segment inférieur qui la coiffe, plonge profondément dans l'excavation; la tumeur est difficilement rentrée à ce moment-là. Le diagnostic de fibrome étant porté, on espère que les contractions ramèneront le col dans l'axe et permettront un accouchement normal.

Le 13 janvier, à 18 heures, la malade entre en salle de travail ayant peu souffert, le cordon, largement procident dans le vagin jusqu'à la vulve, battant faiblement. Le col vite inaccessible, on décide d'intervenir malgré la mort de l'enfant, survenue pendant les préparatifs, parce qu'on ne juge pas possible l'extraction par les voies naturelles, même après basiotrypsie.

Laparotomie médiane le 13 janvier à 19 heures. Rachianesthésie complétée par quelques bouffées de chloroforme. On tombe sur un utérus unicorne, sur lequel on fait la section césarienne. La suture utérine terminée par le procédé habituel, on découvre à gauche de l'utérus gravide un second utérus, gros comme le poing, couché dans la fosse iliaque gauche, et qui constitue manifestement la tumeur prise pour le fibrome. Suites opératoires assez difficiles les premiers jours (vomissements; pouls à 140); douleur abdominale diffuse, surtout vive à la palpation. Glace. Strychnine. Goutte à goutte rectal.

Observation XIII.

(Maternité, 1930, obs. 34.)

Utérus double. — Forceps au détroit inférieur. — Délivrance artificielle.

Mme Z..., toujours bien réglée, est actuellement au 9e mois de sa première grossesse. L'examen ne montre aucune particularité, le ventre est normalement développé pour l'âge de la grossesse, la hauteur utérine est de 33 centimètres sur la ligne médiane. La présentation, O. I. G. A. L'examen des organes génitaux externes ne montre rien d'anormal. Le col a l'orifice externe à peine dilaté. Au cours de l'effacement du col, on s'aperçoit de la présence de deux orifices dont l'un conduit sur la tête fœtale et l'autre est

libre et paraît se continuer profondément. La période d'effacement est très longue.

Suintement sanguin, rupture artificielle des membranes à 2 francs; la dilatation se complète très vite, la tête descend et apparaît à la vulve. A ce moment, fatigue de la mère, bruits du cœur ralentis avec égalisation des deux silences et hypotension.

On fait un forceps au détroit inférieur en gauche antérieure. Une demi-heure après l'accouchement, on est obligé de faire une délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta. Après la sortie du fœtus, le palper abdominal permet le sentir la présence de deux masses, l'une volumineuse, à gauche, contenant encore le placenta, et l'autre plus réduite, à droite.

Observation XIV.

(Marc Rivière et Mahon, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1933.)

Grossesse gémellaire dans un utérus double.

Mme D..., 23 ans; I-pare, entre en travail au terme de 8 mois-8 mois 1/2, le 6 août 1932, à 7 h. 30, et perd les eaux à ce moment. Elle arrive dans le service à 14 heures, à dilatation de 5 francs.

A 17 h. 30, la dilatation est complète, et, à un examen pratiqué alors, la maîtresse sage-femme de service constate la présence d'une bride vaginale. Cette bride, large comme deux doigts, mince, est disposée de front à l'orifice vulvaire, se dirigeant de haut en bas. Sur elle, appuie une tête fœtale molle, aux sutures larges, aux os chevauchant.

L'examen de l'abdomen montre un utérus d'aspect allongé (H. U., 32) et étroit, dévié du côté droit. Un seul foyer d'auscultation au niveau de l'ombilic, mais très à droite. On fait le diagnostic de grossesse gémellaire avec mort du fœtus engagé et survie du second fœtus.

La bride vaginale est sectionnée entre deux ligatures au catgut n° 1. Au bout d'un certain temps, la malade n'accouchant pas malgré la section de la bride, on intervient.

Anesthésie générale au chloroforme. Forceps sur sommet en transverse au détroit inférieur. On fait le diagnostic de D. T.; on fait l'application de forceps correspondante et on retire un fœtus mort de 1.900 grammes en occipito-sacrée. On introduit la main pour faire une version sur le second fœtus; on rencontre le placenta décollé du premier (330 g.) et on l'extrait. La seconde poche d'eau est intacte, on la rompt et on va à la recherche d'un pied; on le saisit difficilement, mais l'évolution est très pénible. Devant les difficultés rencontrées par l'externe qui est en train d'opérer, le Docteur Mahon introduit à son tour la main dans l'utérus, et constate que la tête fœtale est coincée dans une loge à la partie droite et inférieure de l'utérus; on a l'impression vague que cette tête est maintenue par une bride. En se faisant aider par des manœuvres externes, on réussit à la « décoincer », et dès lors l'évolution se fait avec la plus grande facilité (fille de 2 kg. 150, qui crie aussitôt).

On fait alors une délivrance artificielle, on retire un second placenta de 440 grammes; on procède à la révision utérine, et on remarque :

1° Qu'il existe une bride cervicale de disposition et d'aspect comparables à la bride vaginale déjà sectionnée;

2° Que l'utérus est double : deux cavités d'égale importance sont séparées par une cloison sagittale, avec une encoche au niveau du fond utérin. Le premier fœtus, mort, était dans la cavité gauche; le second, vivant, dans celle de droite.

Injection intra-utérine; deux crins sur le périnée, sérum sous-cutané 500 cm^3; solucamphre.

Suites apyrétiques, à part un 38°7 le cinquième jour et deux 37°5 consécutifs. L'enfant reste stationnaire jusqu'au dix-neuvième jour, puis s'élève bien. Sortie le vingtième jour; mère en parfait état; enfant en ascension de poids.

Observation XV (Résumée).

(Péry, Maternité, 1934, obs. 423.)

Utérus double. — Atrésie du col.
Présentation du siège décomplété. — Opération : césarienne haute.

Jeune primipare de 16 ans qui était au dortoir des femmes enceintes de la Maternité de Pellegrin (service de M. le Professeur Péry). On est frappé par la forme apparente de l'utérus, long, étroit, cylindrique, contenant un fœtus en présentation du siège, irréductible. On porte le diagnostic de malformation utérine, mais on pense qu'il s'agit d'un utérus unicorne, atrétique, et on ne soupçonne pas la duplicité. On décide de pratiquer une opération césarienne à terme, à cause de la présentation du siège et de l'atrésie utérine. Cette opération est pratiquée le 2 juillet 1934 par M. le Professeur Péry. Le ventre ouvert, on s'aperçoit que l'utérus gravide présentait bien les caractères que montrait le palper, mais, en réalité, il s'agit d'un hémi-utérus gauche, et l'on découvre l'hémi-utérus droit non gravide.

Césarienne simple. Suites normales.

Observation XVI.

(Boursier, Maternité, 1936, obs. 97.)

Utérus didelphe. — Césarienne supra-symphysaire.
Suppuration prolongée de la paroi.

Cultivatrice de 31 ans; règles régulières, indolores, abondantes, durant cinq à six jours. IV-pare :

Première grossesse, à 22 ans : Opération césarienne; procidence du cordon; l'enfant meurt avant l'intervention. On se rend compte qu'il s'agit d'un utérus didelphe pendant l'opération, le diagnostic porté était celui de fibrome prævia.

Deuxième grossesse, à 26 ans : Application de forceps dans l'excavation. Accouchement prématuré d'un garçon pesant 3 kilos, mort au cours du travail.

Troisième grossesse, à 29 ans : Césarienne. Enfant vivant et bien portant, pesant 2 kg. 420.

Quatrième grossesse actuelle, à terme.

La malade arrive dans la salle de travail à 17 heures avec une poche des eaux intacte et un col ouvert comme 2 francs. Les bruits du cœur sont normaux. Au palper, on ne sent pas le second utérus; au toucher, cependant, on sent une masse de la grosseur d'un œuf de poule dans le cul-de-sac latéral droit. A 18 h. 30, sous rachianesthésie, on fait une césarienne basse, on tombe sur de multiples adhérences, un péritoine difficile à isoler. L'enfant pèse 2.800 grammes.

L'utérus droit est senti en arrière et à droite. On le devine sous le doigt. Ligature de la trompe gauche et section entre deux ligatures. Enfouissement sous le péritoine du ligament large. La même ligature à droite ne peut être pratiquée, l'utérus droit avec ses annexes n'étant pas accessible. Suture de la paroi en trois plans.

Observation XVII.

(Duhart, Maternité, 1937, obs. 382.)

Utérus double. — Glandes mammaires axillaires supplémentaires. — Forceps dans un bassin rétréci chez une malade ayant eu une césarienne basse.

Grecque nourrie au sein maternel, qui a des règles régulières, abondantes, durant huit jours. II-pare :

Première grossesse à 18 ans, pour laquelle on pratique une opération césarienne basse. Bassin généralement rétréci. Garçon pesant 2.600 grammes. Cette femme a fait une dilatation post-opératoire de l'estomac.

Deuxième grossesse, actuelle, dans le 9e mois.

Le squelette est petit, la peau paraît saine. Il existe des varices au niveau du membre inférieur gauche et au niveau de la vulve. Le ventre est peu développé dans le diamètre transversal. H. U., 33 cm, déviée à gauche. Au toucher, on trouve un vagin cloi-

sonné et, au fond de chacun des deux vagins, on découvre deux cols utérins.

On décide de ne pas la laisser pousser longtemps. On rompt les membranes, écoulement de méconium, bruits du cœur normaux. Le col utérin du côté droit s'efface et se dilate normalement, atteignant la dilatation complète. Le col, du côté gauche, qui, au moment de l'entrée de la malade, était simplement entrouvert, se dilate jusqu'à 2 francs pendant le travail. Le doigt, introduit dans le col gauche, ne rencontre pas la tête directement (la cloison se prolongeant probablement à l'intérieur de la cavité utérine). A la dilatation presque complète du col droit, il existe entre ce col et le col gauche une cloison d'environ 2 centimètres de large.

Application de forceps dans l'excavation sur une tête en O. I. D. P. Quelques instants après l'accouchement, au moment des contractions, on perçoit à travers la paroi abdominale un utérus présentant au niveau de sa partie supérieure deux prolongements, un droit et un gauche beaucoup plus élevé.

Observation XVIII (Résumée).

(Mahon, 1939.)

Il s'agit d'une primipare de 25 ans qui entre en travail à terme le 11 août 1939. Elle a été suivie pendant sa grossesse par une sage-femme qui n'a rien remarqué d'anormal. Cependant cette sage-femme, au cours du travail, découvre une bride vaginale, mais il paraît bien n'y avoir qu'un seul col. La dilatation n'arrivant pas à se compléter, le Docteur Mahon est appelé, qui pratique une opération césarienne sous anesthésie générale.

Au cours de l'opération, on découvre, à côté de l'hémi-utérus gauche gravide, un hémi-utérus droit vide. Après avoir hésité à pratiquer l'ablation de l'hémi-utérus vide, le Docteur Mahon, la césarienne terminée, referme le ventre sans intervention complémentaire.

Les suites opératoires ont été très simples et l'enfant, une fille de 2.400 grammes, s'élève normalement.

CONCLUSIONS

Les utérus doubles constituent une malformation relativement fréquente; ne méritent ce nom au point de vue chirurgical que ceux présentant deux corps indépendants.

L'exploration radiologique par injection intra-utéro-tubaire de lipiodol est un précieux moyen d'examen qui vient éclaircir de nombreuses difficultés d'interprétation clinique. Dans les cas d'utérus didelphe, la technique des deux sondes de gomme permet d'explorer simultanément les deux cavités utérines et de préciser l'état de la cloison qui les sépare.

Parmi les complications des utérus doubles, les plus fréquentes sont : les avortements spontanés et les accouchements prématurés, les présentations du siège, l'enclavement dans le petit bassin de l'hémi-utérus jouant le rôle d'une tumeur *praevia*.

Un certain nombre de cas restent totalement méconnus parce que ne donnant lieu à aucun trouble pathologique, même à l'occasion d'accouchement; on ne reconnaît souvent la duplicité utérine qu'à l'occasion d'une dystocie apparue au cours d'un accouchement, précédé d'autres accouchements parfaitement normaux. Ce caractère d'inconstance et d'intermittence dans la dystocie est capital.

La voie abdominale sera préférée à toute autre lorsque l'intervention sera décidée, car elle seule permet de tenter une opération conservatrice, après s'être rendu compte de la duplicité utérine et de l'étendue des lésions.

Une malade ayant subi une hémihystérectomie peut devenir enceinte.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer
Le Président,
J. GUYOT.

Vu *Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 octobre 1940.
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Embryologie et anomalies.

Bischoff. — Développement de l'homme et des mammifères, 1893.

Branca. — Embryologie humaine.

Brooks (H. Wils). — Notes cliniques sur le développement des utérus et vagins doubles. *Am. J. of obst.*, mars 1900; résumé in *La Gynécologie*, 1900.

Carravetta (M.). — Sur la pathogénie de l'utérus didelphe. *Morgagni*, 6 mars 1932, t. 74.

Champy (C.). — Manuel d'embryologie. Masson et Cie, 1927.

Cotte (Gaston). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Masson, 1928.

Dubreuil (G.). — Leçons d'embryologie humaine. Vigot, 1929.

Dubreuil-Chambardel. — De la duplicité du canal génital de la femme. *Arch. gén. de méd.*, 1905.

Eksztajn. — Les principales malformations congénitales et leurs causes. Thèse Paris, 1933.

Szendi (B.). — Sur les malformations des organes urinaires et sexuels. *Zent. f. Gynäk.*, 22 mai 1937, t. LXI, n° 21, p. 1234-1249.

Tourneux (E.). — Précis d'embryologie humaine. Gaston Doin, 1921.

Tourneux et Legay. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. *Journ. de l'anat.*, 1884.

Vogt. — Anatomie comparée, 1901

II. — Radiologie et utérus doubles.

Béclère (Claude). — L'exploration radiologique en gynécologie. Masson, 1928.

Bonnet (Louis) et Béclère (Claude). — Utérus didelphe avec vagin double. Hystérographie. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929.

Busson (G.) et Portret. — Etude clinique et radiologique d'un utérus double. *Bull. off. de la Soc. d'électrol. et de radiol.*, oct. 1924.

Cotte et Bertrand. — Exploration radiologique de l'utérus et des trompes. *Rev. de gyn. et obst.*, juill. 1926.

— Importance du lipiodol dans le diagnostic des malformations génitales de la femme. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 1926.

Magnan. — Anomalies et malformations génitales de la femme. Etude clinique et radiologique. Thèse Paris, 1929.

Mauclaire, Piot et Jubes. — Injection de lipiodol dans un utérus didelphe. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1925.

Mihaïlesco Trajan. — Malformations utérines et leurs complications. *Gyn. et obst.*, 1927.

Trettenero (M.). — Considérations clinico-radiologiques sur les contractions dans un utérus double et normal. *Riv. ital. di ginec.*, févr. 1932, t. 13.

Van der Elst et Gautrot. — Les lipiodols utérins et leur utilité en gynécologie. *Gyn. et obst.*, 1928.

III. — Généralités. — Chirurgie. — Obstétrique.

Balard. — Deux observations de césarienne pour utérus double. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 28 janv. 1927.

Borgers. — Opération de Strassmann pour un utérus bicorne suivie par un accouchement. *Nederl. tijdschr. v. geneesk.*, janv. 1940.

Bouscarle (M.). — Des utérus doubles au point de vue obstétrical. Thèse Paris, 1924.

Caplain. — A propos d'un cas de grossesse dans un utérus didelphe. Thèse Paris, 1926.

Cappelle. — Utérus double bicorne avec double col, opération de Strassmann suivie d'un accouchement mené à terme. *Clinique ostet.*, 39, nov. 1937.

Charles et Maitrerobert. — Utérus double; trois grossesses antérieures dans l'hémi-utérus droit; rupture de l'hémi-utérus gauche gravide. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1937.

Costa (A.). — Opération plastique d'une anomalie utérine suivie par un accouchement normal. *Lisboa méd.*, juin 1939.

Cowles. — Case of pregnancy following cesareen section with subtotal hysterectomy in a case of uterus double unrecognized. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, Saint-Louis, 1922, p. 652-655.

Delas. — Utérus double dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse Bordeaux, 1927.

Dodoz. — Utérus unicervical sans hématométrie. Etude clinique et chirurgicale. Thèse Bordeaux, 1920.

Doleris. — Considérations opératoires. *Arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1886.

Dubreuil-Chambardel. — Classification des utérus et vagins doubles. *Gaz. méd. du Centre*, 1911.

Favreau. — Utérus et vagin doubles. *Bull. de la Soc. méd. et de chir. de Bordeaux*, 1927.

Fournié. — Utérus didelphe. Diagnostic au cours de la puerpéralité. Thèse Paris, 1929.

Goullioud. — *Ann. de gyn.*, 1912.

— Traitement des malformations de l'utérus. Thèse Lyon, 1911.

— Du traité des malformations utérines justiciables de la laparotomie (cas obstétricaux non compris). *Ann. de gyn.*, 1912.

Gross (G.) et Fruhinsholz. — Un cas de grossesse normale après hémihystérectomie pour hématométrie dans un utérus double. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1913.

Guérin-Valmale. — De l'évolution de la puerpéralité dans l'utérus didelphe. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1913.

Guillemet et Michon. — Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles. *Gyn. et obst.*, 1924.

Guyot et Jeanneney. — Malformation de l'utérus avec crises de dysménorrhée alternatives. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913.

Hamelin. — Contribution à l'étude de la parturition dans les utérus malformés. Thèse Paris, 1935.

Herbelin. — Contribution à l'étude des utérus didelphes. Thèse Paris, 1924.

Hue. — Sur l'utérus didelphe. *Normandie médical*, 1924.

Joussim. — Malformations génitales chez la femme. Thèse Lyon, 1923.

Keller (R.) et Schmitt (L.). — Quelques considérations concernant les malformations utérines en rapport avec la grossesse et l'accouchement. *Rev. franç. de gyn.*, 1937.

Kerr. — Chirurgie de l'utérus bicorne. *Gyn. et obst.*, 1921.

Labry et Lyonnet. — Résultats éloignés d'une opération conservatrice pour utérus double bicorne unicervical : grossesse et accouchement normaux. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1932.

Laffont-Ezes. — Avortement dans un utérus pseudo-didelphe unicervical. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1933.

Le Fort. — Les vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier. Thèse d'agrégation, Paris, 1863.

Le Lorier. — Utérus doubles et vagins doubles. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1934.

Le Lorier et Mayer. — Utérus didelphe avec trois grossesses successives, dont : une grossesse double biutérine; une grossesse ectopique et ablation de l'utérus et de la trompe droite; un accouchement par le siège avec dystocie par bride vaginale. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1937.

Leriche. — Utérus double unicervical douloureux. Hystérectomie. *Lyon médical*, 1912.

Loriot. — Grossesse dans un utérus double. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1931.

Madon et Battle. — Hémihystérectomie dans un utérus bicorne gravide. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1934, p. 579.

Magenc. — Contribution à l'étude des utérus didelphes. Thèse Toulouse, 1922.

Mayer (M.). — Etude de 9 cas d'utérus doubles observés à la Maternité de Port-Royal de 1931 à 1937. *Rev. franç. de gyn.*, 1937.

Montfort. — Utérus double et grossesse. Thèse Paris, 1930.

Morel et Barbier. — Trois cas d'utérus double. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1934, p. 144.

Ombrédanne et Martin. — Les utérus doubles. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1903, p. 959.

Pauchet. — Utérus doubles enlevés par la voie vaginale. *Gaz. des hôp.*, 1902.

— Utérus bifide. Fibrome à droite. Grossesse à gauche. Hystérectomie abdominale. Guérison. *Gaz. des hôp.*, 1903.

— Correction opératoire d'une anomalie génito-urinaire : utérus et vagin doubles; abouchement de la vessie et du vagin et du rectum dans un canal commun (cloaque). *Gynécologie*, 1912.

Paucot et Gellé. — Grossesse dans un utérus didelphe simulant une grossesse extra-utérine à terme; hémihystérectomie. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1936

Petit-Dutaillis (P.). — Deux hémihystérectomies subtotales (pour accidents inhérents à deux cas d'utérus bicorne unicervical, suivies toutes deux de grossesse à terme. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926.

Piquand. — *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1910, t. 15.

Potocki. — Dystocie par corne non fléchie dans un utérus didelphe. Césarienne. *Gyn. et obst.*, 1920.

Pouteau (L.). — Les utérus bicornes et leurs complications. Thèse Paris, 1925.

Quénu et Le Sourd. — Des opérations conservatrices dans le traitement des utérus didelphes à corps indépendants. *Rev. de chir.*, 1906.

Rivière (Marc) et Mahon. — Grossesse gémellaire dans un utérus double. *Rev. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1933.

Schwardz (R.). — Grossesse et accouchement avec des utérus malformés. *Semania med.*, 2 mai 1935, t. 1, p. 1269-1283.

Stern (Wolf). — Etude chirurgicale des utérus doubles. Thèse Paris, 1910.

Thiers (E.). — Utérus bicorne unicervical avec une corne gravide et l'autre cancéreuse : hystérectomie abdominale; suites éloignées. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1934.

Trillat-Michon-Ollagnier. — Gestation dans un utérus double : dystocie par hémi-utérus non gravide. Césarienne basse. *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn.*, 1933.

Vignes (H.) et Lerouge (Jean). — A propos d'utérus double. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1934.

Villar (F.). — Malformations du vagin et de l'utérus accompagnées d'hématométrie et d'hématocolpos. Hystérectomie abdominale totale. *Rev. mens. de gyn. de Bordeaux*, 1902.

Villar (R.). — Utérus double unicervical reconnu au cours d'une laparotomie pour annexite. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 15 févr. 1920.

21423. — Bordeaux, Imprimeries Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1940.